TRAITÉ
DES DIFFORMITÉS
DU SYSTÈME OSSEUX.

TOME DEUXIÈME.

« Ingénieux que nous sommes à expliquer nos
» revers autrement que par notre propre faute,
» souvent nous en accusons les instruments qui
» nous ont servi et nous les rejetons. Mieux vau-
» drait en accuser la manière dont nous nous en
» sommes servis, profiter de l'expérience et ne
» pas sacrifier à notre amour-propre les intérêts
» de l'humanité. »

Ouvrage des mêmes auteurs.

Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale; méthode applicable aux luxations anciennes par cause externe par MM. F. Humbert et N. Jacquier, Paris 1835. 1 vol. in-8, avec atlas de 20 planches in-4. 18 fr.

TRAITÉ

DES DIFFORMITÉS

DU SYSTÈME OSSEUX

OU

DE L'EMPLOI DES MOYENS MÉCANIQUES ET GYMNASTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE CES MALADIES;

Par F. HUMBERT,

DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT ORTHOPÉDIQUE DE MORLEY, CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DE LA LÉGION D'HONNEUR, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES;

Et par N. JACQUIER,

DOCTEUR MÉDECIN A ERVY (AUBE), MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES.

Accompagné d'un atlas de 174 planches in-4°.

TOME DEUXIÈME.

A PARIS,

J. B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13 (bis).

A LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT STREET.

1838

DE L'EMPLOI
DES
MOYENS MÉCANIQUES
ET GYMNASTIQUES
DANS LE TRAITEMENT
DES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

SUITE DES DÉVIATIONS
DE LA
COLONNE VERTÉBRALE.

1.re OBSERVATION.
SCOLIOSE DORSALE SIMPLE
AVEC INCURVATION A GAUCHE.

Traitement commencé en juin 1825, terminé en octobre 1826.

Guérison presque complète.

Mademoiselle Z. R***, de Mansez, département des Deux-Sèvres, âgée de quinze ans, fut amenée à l'établissement de Morley, le 16 juin 1825, par sa mère qui ne nous donna sur les antécédens de sa santé que des renseignemens assez vagues. Elle était née fort délicate et ne s'était jamais fortifiée

et ce fût entre huit et neuf ans, à la suite d'une maladie fort longue, qu'on s'apperçut que cette enfant affectait un mauvais maintien et paraissait s'incliner, soit qu'elle se tînt debout ou assise. Ses parens inquiets la visitèrent et ne reconnurent aucune difformité; ils consultèrent des médecins qui prescrivirent un traitement interne et affirmèrent que tous les symptômes, dont on se tourmentait bien à tort, ne dépendaient que d'un état de faiblesse, que l'âge développerait les forces et préviendrait par là toute difformité de la taille. L'événement fut bien loin de justifier ce pronostic, car, un an après, il existait une incurvation sur laquelle il n'était plus permis de s'abuser et déjà une épaule était beaucoup plus saillante que l'autre. Une fois que cette fâcheuse découverte fut faite, on renonça à tout traitement médical et on se décida à avoir recours aux moyens orthopédiques.

Cette jeune personne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, non réglée, se trouvait dans un état de santé des plus fâcheux. Visage pâle, traits altérés, voix éteinte, respiration difficile et haletante au moindre mouvement un peu précipité, palpitations, gastralgie, inappétence, diarrhée, tout chez elle annonçait un état de souffrance générale.

La région dorsale présentait une incurvation

du rachis avec convexité à droite, étendue de la deuxième vertèbre dorsale à la neuvième. Les côtes entraînées par la colonne vertébrale étaient très-recourbées du côté droit, aplaties et redressées du côté gauche qui formait une concavité: de ce côté leur centre était très-rapproché et leurs extrémités très-éloignées.

La partie antérieure du tronc était étroite et saillante vers la partie inférieure et gauche du thorax et plus large et plus plane au côté opposé. Le sternum était oblique de haut en bas et de droite à gauche, mais cependant moins qu'on ne l'observe habituellement dans des cas de cette nature. Les seins et les membres thoraciques avaient subi les changemens de position qui sont propres à la difformité dont il s'agit et sur lesquels nous reviendrons, avec plus de détails, dans d'autres observations.

Il y avait torsion manifeste du tronc, ce qui avait dirigé la hanche gauche en arrière et l'avait rendue très-saillante : l'autre, au contraire, était à peine sensible.

On voit d'après cet exposé fidèle des faits qu'il s'agissait d'une scoliose simple qui devait être par conséquent soignée par les moyens ordinaires. Nous allons suivre le traitement pas à pas, de manière à faire assister, pour ainsi dire, le lecteur à chacune de nos opérations.

La malade se reposa pendant les deux jours qui suivirent son arrivée : le troisième on lui donna des béquilles ordinaires pour l'habituer à la pression qu'elles exercent sous les bras. Elles étaient courtes pour ne pas la blesser. Ce ne fut guères que vers le cinquième jour qu'elle cessa d'en ressentir de la gêne ; alors on lui en donna pour être assise et rester au lit.

Une planche fut ensuite placée entre la paillasse et le matelas, transversalement et au niveau de la gibbosité ; c'était pour disposer la malade à supporter toutes les pressions que nous devions exercer sur cette partie.

Le douzième jour, notre jeune personne fut installée dans le *fauteuil orthorachidique* et nous plaçames dans son lit la planche qui devait servir à fixer tous les appareils de pression. Elle se trouva très-bien dans son fauteuil, mais il n'en fut pas de même du lit : les fesses ayant formé un creux, le bord inférieur de la planche la blessa et lui fit passer une mauvaise nuit. Le lendemain on obvia à cet inconvénient en faisant remplir la paillasse pour faire bomber le lit en cet endroit, de manière à rendre la planche parfaitement parallèle à la surface du lit. Comme la malade se trouvait désoeuvrée et s'ennuyait dans son fauteuil, on lui plaça les supports mobiles. Ce n'était

pas encore assez, il lui fallut le pupître et la tablette.

Au bout de quatre jours de l'usage de ces moyens préparatoires, il n'y avait plus de gêne et le sommeil était bon. Alors nous fîmes l'application des brassières dans le fauteuil, et dans le lit, celle des brassières et de la ceinture. Le bien qu'elle éprouva de la présence de ces pièces d'appareil lui causa beaucoup de satisfaction.

Le dix-huitième jour nous commençames l'usage des bains de vapeurs; un d'abord fut donné dans la journée, puis un autre pendant la nuit, comme cela se pratiquait pour les autres jeunes personnes. Pendant ce temps, on disposait les appareils qui devaient servir, soit dans le lit, soit dans le fauteuil, et au bout du mois tout fut confectionné et appliqué.

Dans le fauteuil, ces appareils consistaient en une presse qui agissait sur la gibbosité postérieure. Elle était construite de telle manière que la planche qui en formait la base était divisée en deux parties u v (voyez les planches du fauteuil orthorachidique pour une incurvation latérale droite du rachis, région dorsale); l'une u interne, postérieure, convexe, figurée en rond de hache; l'autre v externe et concave. Une pièce de cuir réunissait ces deux parties dont la première com-

primait la gibbosité de derrière en devant et de dehors en dedans, tandis que la seconde agissait de dedans en dehors et d'arrière en avant. Pour maintenir la partie supérieure gauche de la poitrine qui, par l'effet de ces pressions, aurait bien pu être portée en avant, une sangle (celle dont les extrémités sont attachées aux pièces p' et q') en assurait la fixité.

La pièce principale qui agissait sur la saillie antérieure gauche était un coussin cunéïforme attaché à une sangle qui aboutissait à des cordes. L'action de cette presse se dirigeait de dedans en dehors et de devant en arrière; son point de résistance répondait au ressort à hélice k'. Elle était mise en jeu par deux cordes qui allaient s'enrouler autour de l'arbre l, et cet arbre était mû par le lévier n. Ainsi les deux pressions agissaient dans la direction de la diagonale D F, en sens opposé (voyez les planches des mesures obtenues par l'hybomètre), et la résistance formée par la sangle dont les extrémités s'attachent aux pièces p' q' était maintenue à l'aide du lévier o'. On voit d'après cela, que le fonctionnement de cet appareil se réduisait à la puissance des trois léviers m n et o' et l'examen des planches descriptives doit en faire comprendre le jeu très-facilement.

Comme il y avait torsion du bassin et que la

hanche gauche était portée en arrière, nous plaçâmes autour de la partie inférieure du bassin deux sangles dont l'une antérieure tendait à porter la partie droite de cette cavité d'avant en arrière, et avait un point de résistance vers son extrémité antérieure, au ressort à hélice 57, au moyen de cordes passant sur les poulies renfermées dans les mortaises 54, 55 de la console t', ainsi que sur toutes les petites pièces en bois et bouts de cordes accessoires. L'extrémité postérieure (de la sangle) était attachée à une corde qui traversait la mortaise 60 de la traverse v', s'appuyait sur la gorge de la poulie qu'elle renferme, changeait de direction, longeait la traverse jusqu'à la rencontre de la mortaise 59, la traversait de derrière en devant, passait sur la gorge de la poulie et de là allait traverser un trou de l'arbre q, de l'autre côté duquel elle était arrêtée par un nœud.

L'autre sangle, qui avait pour objet de porter la partie gauche du bassin de derrière en devant, avait son point de résistance, à son extrémité postérieure, au ressort à hélice 58 fixé à la face interne du montant C, au moyen de petites cordes et de petites pièces en bois. A son extrémité antérieure, une anse de corde recevait une pièce en bois à laquelle était attachée une corde qui, dirigée de derrière en devant, pour traverser la

mortaise 52 de la double chappe s', passait de là sur la gorge de la poulie qui s'y trouve, se portait horizontalement en dehors, reposait de nouveau sur une autre poulie renfermée dans la mortaise 53, traversait cette mortaise, se reportait en arrière et allait traverser un trou de l'arbre q, de l'autre côté duquel elle était arrêtée par un nœud.

Il est impossible en suivant cette description avec attention de ne pas comprendre que chaque pièce des appareils étant à sa place et bien disposée, tout se réduit à l'enroulement des cordes autour de l'arbre q rendu mobile au moyen du lévier r. Ce simple mouvement a, pour résultat complexe, de porter la partie droite du bassin de devant en arrière et la gauche de derrière en devant.

Il nous serait facile d'entrer dans les détails d'une description aussi minutieuse pour les appareils de pression employés dans le lit, mais attendu qu'ils sont absolument les mêmes, nous croyons qu'en voulant instruire le lecteur nous finirions par abuser de sa patience. Nous le renverrons d'ailleurs, s'il désire de plus amples descriptions, à l'article *Lit orthorachidique pour une simple incurvation dorsale.*

Revenons à notre jeune personne que nous avons laissée prenant deux bains par jour, l'un à deux

heures du matin, l'autre à midi, se recouchant après le premier, et se plaçant immédiatement après le second dans le fauteuil où elle restait jusqu'à cinq heures. Des pièces de cuir convenablement disposées garnissaient l'intérieur de son corset qu'elle ne quittait que pour prendre les appareils de nuit; toutes les fois qu'elle sortait du lit ou du fauteuil, des béquilles de hauteur convenable la soutenaient, soit qu'elle fut droite, soit qu'elle fut assise. Enfin tous les exercices se répétaient chaque jour dans le même ordre et de la même manière.

Un jour de la semaine était consacré à l'examen de la gibbosité qui avait lieu au sortir du lit et du fauteuil, c'est-à-dire deux fois dans cette journée. Nous jugions ainsi de l'état actuel des choses comparé à ce que nous avions vu dans notre précédent examen. L'action des presses nous était manifestée par une légère coloration de la peau qui indiquait le lieu pressé et l'intensité d'action de la pression. Il nous suffisait, dans le fauteuil, de déplacer la pièce y pour modifier l'application de la force comprimante, et pour augmenter l'action des presses u v, nous n'avions qu'à transporter les brochettes qui passaient dans les trous 35 de la pièce d', dans les trous 41 de la pièce h'; par là les cordeaux étaient plus ou moins tendus selon le besoin. Ils étaient aussi influencés

par l'état de l'atmosphère qui agissait sur eux en raison de leur longueur. Tous les autres moyens de pression exigeaient un examen aussi soigné et éprouvaient plus ou moins, selon les tissus qui les composaient, les effets de l'humidité ou de la sécheresse. Il n'y avait pas de mois, de semaine, quelquefois même de jours qui n'exigeassent quelque changement.

L'élongation par suite du traitement ou le développement naturel ayant produit, dans un temps donné, un changement dans la position horizontale des presses, il fut indispensable de les changer (celles u v), ainsi que le coussin cunéïforme situé en devant et à gauche de la poitrine. Cela se fit avec une très-grande facilité et nous recommençames aussi aisément toutes les fois que cela devint nécessaire, en observant toutefois de n'opérer le changement que de la moitié de l'élongation, pour établir nos presses dans un rapport parfait.

Ces changemens eurent lieu deux fois pendant la durée du traitement émollient, mais quand nous nous apperçumes que le point E se rapprochait de E' (planche 5, mesures obtenues par l'hybomètre), que Z se rapprochait également de W, Q de la ligne R S, H de K et A' de Y (1), nous décidâmes

(1) Le lecteur doit comprendre que nous parlons ici au figuré et que,

que l'on passerait aux fortifians : en effet les bains émolliens furent quittés et, pendant la durée du traitement nouveau, il y eut encore des changemens faits aux appareils, soit dans le lit, soit dans le fauteuil, et toujours d'après les mêmes principes.

Deux mois après l'usage des bains fortifians, nous arrivâmes aux frictions sèches et humides faites d'abord deux fois par semaine, puis une fois par jour, et ensuite de plus en plus rapprochées. Un mois après, nous ajoutâmes à ces moyens l'usage des douches d'eau froide administrées progressivement comme les frictions. Lorsqu'elles eurent été employées pendant un mois, nous fîmes lacer la malade qui abandonna ses supports pendant un quart d'heure au plus et une fois par semaine, puis de plus en plus souvent, et pendant un temps plus prolongé jusqu'à ce que la rechûte ne fût plus que de deux à trois lignes, les béquilles étant mises de côté. A cette époque, nous commençames à exposer le dos à la vapeur d'esprit de vin, répétant de plus en plus souvent cette opération qui marchait de front avec les frictions et les douches froides. Sous l'influence de tous ces moyens, nous obtînmes les résultats les plus avan-

pour mieux rendre nos idées et rapporter les faits au système de l'hybomètre, nons paraissons les voir des yeux, quand ils ne sont vraiment perceptibles que par l'intellect.

tageux, quant à l'état général et à la difformité que nous avions en vue de faire disparaître.

Mais les parens nous pressaient chaque jour. Plus satisfaits encore que nous de l'amélioration survenue chez leur fille, ils n'en désiraient pas davantage et n'avaient pas osé espérer tant de bonheur; enfin, au bout de seize mois de traitement, ils nous enlevèrent la jeune malade après avoir toutefois reçu de nous la déclaration que tous les avantages qu'elle avait obtenus paraissaient bien consolidés et que rien ne pouvait faire redouter une rechûte. Au reste, son état était des plus satisfaisans. La gibbosité avait complètement disparu : la saillie de la partie inférieure de la poitrine était également affaissée, mais la colonne vertébrale présentait encore au milieu de la région dorsale une courbure légère qui se serait infailliblement redressée en continuant le traitement, car les progrès n'avaient pas cessé jusqu'au dernier instant.

Un mois avant le départ, nous diminuâmes petit à petit les pressions dans le fauteuil et dans le lit; nous fîmes faire des promenades à pied, en voiture, et divers exercices prolongés plusieurs heures; nous permîmes la danse pendant plusieurs soirées, toujours sans le soutien des béquilles, puis, assuré par le résultat de toutes ces explora-

tions qu'il n'y avait plus rien à redouter, nous supprimâmes tous les appareils de traitement pour faire prendre l'habitude de ceux que l'on emporte en partant.

Des nouvelles reçues à différentes époques de Mademoiselle M***, nous ont appris que sa taille s'était conservée aussi régulière qu'à son départ, et que les bains de mer dont je lui avais conseillé l'usage avait corroboré sa santé et sa constitution.

DEUXIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE CERVICO-DORSO-LOMBAIRE,

AVEC INCURVATION

TRÈS-CONSIDÉRABLE A GAUCHE ET TORSION DU RACHIS.

Traitement commencé en août 1823, terminé en mai 1826.

Redressement presque total de la gibbosité.

Mademoiselle C. D***, née à Mayenne, département de la Mayenne, avait joui d'une bonne santé et avait toujours eu la taille fort régulière avant sa deuxième dentition, lorsqu'aux approches de cette époque orageuse, ses parens s'aperçurent que son corps commençait à se déformer et à perdre son à-plomb. Pleins d'inquiétude à la vue de cette difformité naissante, ils consultèrent plusieurs médecins qui s'accordèrent pour déclarer que le vice scrophuleux était la cause de tout le mal; qu'il fallait s'occuper de le combattre par un traitement approprié et renoncer à tout autre moyen curatif.

On commença donc le traitement anti-scrophuleux qui avait été prescrit et on le continua pendant long-temps sans en avoir retiré le moindre avantage. La mère observant que, malgré tous les soins administrés à sa fille, le mal ne cessait pas de faire des progrès, ses inquiétudes redoublèrent et elle conduisit la jeune personne à Paris, où plusieurs praticiens distingués qui furent consultés s'accordèrent, comme les premiers, pour employer le traitement anti-scrophuleux auquel ils apportèrent quelques modifications, pour la forme seulement. Ils conseillèrent en outre de faire usage exclusivement du membre thoracique gauche, en condamnant le droit à une inaction absolue, *attendu qu'il était devenu le siège d'une force et d'un développement qui n'étaient plus en rapport avec le côté opposé.* On prescrivit, pour mieux fortifier le bras faible, toutes sortes d'exercices qui devaient mettre les muscles en jeu, comme l'action de tirer une corde passée dans une poulie et portant un poids à son extrémité, de tourner une roue, de se tenir pendu à une échelle, à une porte, etc.

Toutes ces recommandations ayant été exécutées ponctuellement, avec intelligence, et surtout avec une persévérance qu'expliquait un ardent désir de guérison, la difformité ne fit qu'augmenter

progressivement. Nouveau voyage à Paris, nouvelles consultations de médecins célèbres. Pour cette fois, on conseilla l'usage d'un corset fabriqué par M. Delacroix, artiste distingué en ce genre d'ouvrages. Le corset fût fait, appliqué, et ne put être conservé à cause des douleurs qu'il occasionnait. Il fallut donc y renoncer ainsi qu'à tout traitement interne, à tout moyen gymnastique, puisque leur inutilité n'était que trop constatée et que les parens voyaient avec un chagrin inexprimable, la santé de leur fille chérie dépérir et la difformité continuer à faire des progrès, sans qu'il existât pour eux aucun espoir d'un meilleur avenir.

La jeune personne avait alors quinze ans. Elle était depuis dix-huit mois dans cette position, résignée à son sort qu'elle croyait inévitable, lorsque ses parens entendirent parler d'un établissement orthopédique formé à Paris. Elle y fut conduite sur le champ et soumise de suite au traitement qui se bornait à l'action d'un lit extenseur. Pendant plusieurs mois elle le supporta avec courage et résignation, mais la mère ne voyant aucun progrès s'ensuivre et, redoutant d'ailleurs les effets de machines qui lui semblaient dangereuses, la fit sortir de Paris et l'amena à Morley dont elle avait entendu parler, dans le courant du mois d'août 1823.

L'aspect de cette jeune personne était vraiment de nature à exciter la compassion. On aurait dit que quelque corps pesant avait affaissé sur lui-même le buste qui, aussi large que long, ne représentait plus qu'une masse informe. La figure avait l'expression de la douleur : un teint pâle et livide, des paupières bleuâtres, une maîgreur affreuse décelaient les souffrances de la constitution. L'appétit était détruit, les digestions très-mauvaises, et la diarrhée fatiguante : la respiration était courte, pénible, haletante ; pour peu que la marche fut rapide, ou bien qu'elle eut lieu sur un plan légèrement ascendant, il fallait s'arrêter, tant étaient violentes les palpitations auxquelles cela donnait lieu. Il y avait des douleurs constantes dans la poitrine et dans les lombes ; les jambes étaient également douloureuses et faibles au point de ne pouvoir supporter le corps, pour nous servir des propres expressions de la malade elle-même.

Ayant examiné la gibbosité, nous trouvâmes une courbure de la colonne vertébrale à convexité tournée à droite, étendue de la quatrième vertèbre cervicale à la deuxième lombaire, occupant par conséquent le dos tout entier. Tel était le volume de cette gibbosité que toutes les vertèbres dorsales échappaient à nos recherches, que les côtes, arquées hors de toute proportion, présen-

taient leurs têtes en dehors et en devant et leur corps, qui forme les parties latérales de la poitrine, tout à fait en arrière. Leurs bords étaient fortement écartés, ce qui augmentait l'étendue de la bosse. La concavité formée par les vertébres avait entraîné les côtes opposées, les avait aplaties, et en avait porté les têtes en avant par suite de la torsion du rachis. Tout le côté gauche formait une cavité très-marquée; les côtes chevauchant l'une sur l'autre se recouvraient vers le milieu de la courbe et il n'y avait qu'une distance de quatre pouces entre l'aisselle et la crête iliaque. L'extrémité supérieure de la courbure se confondait avec l'épaule.

Vue de face, la malade avait la tête inclinée sur l'épaule gauche, le cou dirigé dans le même sens, très-court de ce côté et plus long du côté opposé, l'épaule droite soulevée et exhaussée par la difformité qu'elle augmentait, le sternum situé très-obliquement, son sommet à droite et sa base à gauche, le côté gauche de la poitrine bien plus étroit que le droit, le sein du même côté situé bien plus bas que l'autre, occupant la partie moyenne et antérieure du thorax, le sein droit élevé, porté en dehors et en haut, froissé et comprimé par la face interne du bras. A la partie antérieure et inférieure de la poitrine on voyait une saillie con-

sidérable formée par les extrémités sternales des côtes droites, ainsi que par leurs cartilages sterno-costaux qui, chevauchant les uns sur les autres, augmentaient encore la déformation.

Le bassin avait participé à la torsion générale du tronc et son côté droit était devenu antérieur en même temps que le gauche s'était porté en arrière, de telle sorte que, la malade étant assise, on voyait son genou droit déborder le gauche de plus de deux pouces.

Les extrémités supérieures ne présentaient pas une disposition moins remarquable. Tandis que le bras droit appliqué et comme moulé sur le tronc formait une courbe à convexité située en dehors, le gauche était très-écarté du corps dans sa partie supérieure et dans l'inférieure et frottait sur la hanche de telle sorte qu'en moins d'une vingtaine de jours les vêtemens étaient usés au point de contact des parties.

Tel était l'état de Mademoiselle C. D*** quand elle commença à recevoir nos soins. On voit que, si l'incurvation était une scoliose simple, elle était tellement étendue et intéressait un si grand nombre de parties qu'elle n'était pas partout accessible aux moyens de pression. En effet, ils n'étaient pas applicables au cou et nous avons vu que la difformité remontait jusqu'à la quatrième vertè-

bre cervicale. Nous espérâmes obtenir d'heureux résultats de l'emploi du casque combiné avec d'autres moyens. (Voyez sa description et la planche qui le représente.) En effet, à l'aide de cette machine, on soulevait la tête qui était penchée et en donnant à la corde enroulée autour du cylindre une direction oblique, on la relevait et on la portait vers le côté droit. Tout ayant été disposé de la sorte, le traitement commença et la jeune malade fut soumise successivement à l'action de tous les appareils.

Pendant les deux premiers mois, nous ne pumes apercevoir la moindre amélioration dans la difformité, mais il s'en opérait une bien sensible dans l'état général, tendance heureuse qui fut encore accrue par l'emploi du massage. Le troisième et le quatrième mois donnèrent une élongation de plus de dix-huit lignes et la gibbosité diminua en proportion. Au bout de six mois les règles parurent pour la première fois; un mois après leur apparition, toutes les fonctions se rétablirent insensiblement; l'appétit devint bon, les digestions faciles, la respiration libre, les battemens du cœur réguliers, même après une promenade faite d'un pas assez vif. Tous ces symptômes si favorables nous donnaient l'espoir d'un succès complet dans le traitement que nous avions entrepris.

Enfin au bout de vingt mois, la difformité avait diminué des trois quarts sous l'influence des émolliens joints à l'action d'appareils qu'il fallut varier plus d'une fois. A cette époque nous crûmes devoir en venir à l'usage des fortifians pour obtenir encore quelque chose s'il était possible. Ce moyen nouveau nous réussit; le dos s'aplatit de plus en plus; la colonne vertébrale se rapprocha de sa forme normale; les saillies antérieures et postérieures, le creux du côté gauche s'effacèrent presqu'en totalité, et au bout d'un traitement de trente-trois mois tout progrès ultérieur de redressement fut arrêté.

Nous ne dirons pas que la gibbosité avait complètement disparu, mais nous affirmerons qu'elle était réduite à très-peu de chose. La taille s'était élevée de six pouces et, en faisant une part suffisante à la croissance naturelle, on pouvait estimer à cinq le redressement obtenu par les moyens orthopédiques.

D'un autre côté cette jeune personne si maigre, si souffrante, enfin si digne de pitié quand elle était arrivée à Morley, en sortait brillante de santé, de fraîcheur, d'embonpoint, parée enfin de tous les agrémens de son âge et de son sexe. La gaité de son humeur annonçait le plaisir qu'elle ressentait de revenir à la vie. De retour chez elle

elle était méconnaissable pour tous ceux qui l'en avaient vue sortir trois ans auparavant. Elle avait emporté de l'établissement quelques appareils pour continuer, sous le toît paternel, le traitement préservatif d'une rechute et, long-temps encore, elle fit usage des béquilles, des douches, des frictions et autres moyens qui lui avaient été recommandés.

Deux et trois ans après le départ de Mademoiselle C. D*** nous eûmes occasion de la revoir et de nous convaincre par nos yeux que, loin de rien perdre des avantages qu'elle avait obtenus, elle y avait encore ajouté quelque chose. Tel fut le résultat d'un traitement entrepris dans les circonstances les plus défavorables, contre une des difformités les plus hideuses que nous ayons eues à traiter. Peu de malades nous ont donné plus de satisfaction, et si de semblables succès pouvaient avoir beaucoup de témoins, ils contribueraient bien puissamment aux succès de l'orthopédie.

TROISIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE SIMPLE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

RELACHEMENT DE TOUT L'APPAREIL LIGAMENTEUX VERTÉBRAL.

Traitement commencé en juin 1822, suspendu pendant treize mois, repris en juillet 1823, terminé en juin 1824.

Redressement complet de la gibbosité avec persistance d'une légère incurvation du rachis.

Mademoiselle A. de M*** annonça dès sa plus tendre enfance une organisation délicate jointe à un relâchement considérable des articulations, et notamment de celles de la colonne vertébrale, ce qui lui permettait d'exécuter les mouvemens les plus extraordinaires et de rivaliser, sous ce rapport, avec les individus qui, par profession, se livrent à des exercices de souplesse. Du reste, elle était faible, avait les os menus, les chairs molles et néanmoins les formes gracieuses et régulières.

Vaccinée à l'âge d'un an, l'opération eut un plein succès, mais les boutons s'entourèrent d'une aréole pâle, indice d'une constitution faible et lymphatique qui se manifesta dans toutes les maladies de l'enfance qu'elle eut à essuyer. La première dentition se fit avec lenteur et difficulté et, à mesure que les dents paraissaient, elles perdaient leur blancheur, devenaient jaunes, noirâtres et s'en allaient par écailles.

Peu de temps avant la seconde dentition, on s'aperçût que l'à-plomb de la taille commençait à se détruire, ce que l'on expliqua d'abord, sans en concevoir beaucoup d'inquiétude, par l'extrême souplesse des reins et la faiblesse générale. Mais quand les premières dents parurent, la déviation vertébrale se manifesta de la manière la moins douteuse et causa la plus vive inquiétude aux parens. Ils consultèrent plusieurs médecins, et en obtinrent la réponse ordinaire, qu'il y avait chez l'enfant vice constitutionnel spécialement fixé sur le système osseux, que cette affection devait être combattue lentement et insensiblement par un traitement interne, que d'ailleurs les progrès de l'âge apporteraient de l'amélioration, et dissiperaient tous les symptômes un peu plus tôt ou un peu plus tard.

Bientôt les moyens indiqués furent administrés; on usa des amers et des anti-scorbutiques, mais avec réserve à cause de la faiblesse de l'enfant, et on les donnait avec la précaution de laisser un jour d'intervalle. Malgré toutes ces mesures d'une sage prudence, mademoiselle de M*** commença au bout de six mois à éprouver des maux d'estomac, ce qui obligea de suspendre le traitement, et de le remplacer par un autre plus doux et plus approprié à la faiblesse des organes de la jeune malade.

Cependant la difformité qui était restée stationnaire pendant quelque temps, augmenta sous l'emploi du traitement nouveau, et on le quitta pour revenir aux anti-scorbutiques, aux purgatifs répétés tous les quinze jours. Les maux d'estomac reparurent au bout de trois mois, ce qui fit reprendre le traitement adoucissant et augmenter la gibbosité dont les progrès s'étaient arrêtés de nouveau pendant l'usage des amers et des anti-scorbutiques. Trois ans se passèrent dans cette alternative de traitemens suspendus et repris, selon que l'exigeait la santé de la malade toujours faible et de plus en plus difforme.

L'inutilité de tout traitement interne étant bien reconnue par la famille de Mademoiselle de M***, on eut recours à un autre système curatif, et la

gymnastique fut conseillée et mise en pratique. Pendant que le membre thoracique droit était condamné au repos, le gauche était exercé sans cesse à porter des fardeaux, à faire des armes, etc.; la difformité n'en devint que plus manifeste, et on renonça à la gymnastique en faveur des corsets de M. Delacroix, dont l'effet devait être secondé par l'usage du sirop de Belet administré à la dose d'une cuillerée dans une tasse d'infusion de houblon prise à jeûn tous les matins. Le sirop fut mis de côté au bout de trois mois, parce qu'il en était résulté des maux d'estomac, mais on persévéra encore quelque temps dans l'usage du corset quoiqu'il fit souffrir et qu'il eût produit plus de mal que de bien, car aussitôt que la malade l'avait quitté, elle était obligée de se coucher, ne pouvant plus se soutenir sans cet appui artificiel.

Des bains de mer furent aussi conseillés et pris pendant deux saisons avec d'assez bons résultats, quant à l'état général, mais non quant à la difformité qui restait toujours au même point. Rebutée par toutes ces tentatives infructueuses, Madame de M*** prit le parti de faire cesser tout traitement à sa fille qui passait sa vie sur un lit ou sur un canapé, la position debout étant devenue presqu'insupportable pour elle.

Les choses en étaient là quand la famille de Mademoiselle de M*** entendit parler d'un établissement destiné au redressement des défectuosités de la taille, et fondé dans le département de la Meuse. Après quelques renseignemens qui parurent satisfaisans, on se détermina à l'amener à Morley, en juin 1822.

La malade âgée alors de quinze ans, présentait toutes les apparences d'une constitution faible et souffrante, et d'un tempérament lymphatico-sanguin. La maigreur était considérable, et les os se dessinaient sous la peau. Le visage était jaune, les paupières livides, les traits altérés et exprimant la douleur, les lèvres pâles, les dents noires, cariées et détruites en grande partie. L'appétit manquait, et il existait une gêne extrême des fonctions digestives, circulatoires et respiratoires. Le moral triste et abattu annonçait un profond découragement intérieur.

Le corps examiné postérieurement nous présenta une incurvation du rachis à convexité à droite, s'étendant de la deuxième vertèbre dorsale à la onzième, et qui avait poussé les côtes en arrière et en dehors en les courbant de manière à former une très-forte gibbosité. Ces arcs osseux étaient très-écartés les uns des autres à droite, tandis que ceux du côté opposé, entraînés en

arrière pour suivre les vertèbres, aplatis et rapprochés, formaient un creux considérable.

Les vertèbres cervicales et la première dorsale reposaient sur l'extrémité supérieure de la courbure, dans une direction oblique à gauche et en avant, ce qui forçait la tête à prendre la même position. L'extrémité inférieure de cette même courbe faisait perdre l'à-plomb à la région lombaire.

Placé en face de la malade, on voyait l'épaule droite portée en arrière et en haut, tandis que la gauche offrait une disposition inverse ; le sternum dirigé obliquement, son sommet à droite, sa base à gauche ; les seins placés à une hauteur inégale ; les côtes droites et leurs cartilages sternaux formant saillie à la partie inférieure de la poitrine ; le bassin situé obliquement de manière que la hanche se trouvait plus antérieure à droite qu'à gauche. Toutes les articulations conservaient encore cette souplesse extraordinaire dont nous avons parlé, ce qui permettait des mouvemens impossibles dans l'état normal. L'appareil musculaire était toujours très-faible.

Mademoiselle de M*** fut soumise au traitement ordinaire. Des appareils de divers genres furent employés successivement, selon les changemens que présentait la difformité. Sans en donner une

description détaillée, il suffit de dire qu'ils remplissaient l'indication générale, c'est-à-dire, qu'ils comprimaient les parties saillantes et laissaient libres les parties déprimées. En même temps, les brassières et la ceinture opéraient l'extension, mais d'une manière très-légère et bien ménagée, à cause de l'extrême relâchement de tout le système ligamenteux. Les émolliens furent d'abord mis en usage selon notre coutume.

Sous l'emploi de ces moyens fort simples, nous ne tardâmes pas à voir une grande amélioration se manifester, à tel point qu'au bout de trois semaines, nous avions déjà obtenu une élongation de dix-huit lignes. La gibbosité avait diminué en proportion, la santé s'était beaucoup améliorée, le teint était devenu coloré, et la gaîté avait remplacé cette sombre tristesse qui faisait le fonds du caractère de mademoiselle de M***, quand elle vint à Morley.

Ce fut à cette époque que M. le professeur Flament, de Strasbourg, appelé dans nos contrées pour présider le jury médical de la Meuse, vint avec M. le docteur Champion, de Bar-le-Duc, dont le nom est si honorablement connu dans la science, pour visiter l'établissement de Morley. Il y vit mesdames de M***; il examina avec attention les appareils mis en usage pour

la jeune personne ; il entendit, de la bouche même de sa mère, l'histoire de la maladie, du traitement et ses résultats. C'était avec l'accent de la plus vive satisfaction qu'elle lui faisait remarquer une robe qui, trop courte alors pour sa fille, lui descendait jusques sur les pieds quand elle était entrée dans l'établissement : elle parlait avec le même enthousiasme de la diminution sensible de la gibbosité qui avait été si volumineuse, de l'état prospère de la santé qui avait été si mauvaise. M. Flament écoutait avec la plus grande attention ce récit qui intéressait à la fois son esprit et son cœur.

Pendant les trois mois suivans, la malade obtint quinze lignes d'alongement, et il s'en-suivit une diminution proportionnelle de la gibbosité qui ne retombait plus que de cinq lignes quand on quittait les béquilles. Comme madame de M*** éprouvait une impatience bien naturelle, mais trop vive, de voir guérir sa fille le plus promptement possible, elle se persuada que l'on devait recourir à des moyens plus actifs et notamment à des bains d'étuve portés à une température élevée, dont elle nous avait entendu raconter des effets merveilleux dans des cas de gibbosités rebelles à l'action des appareils. En vain, nous essayâmes de combattre sa résolution

par tous les raisonnemens possibles ; inutilement nous voulûmes lui faire sentir les dangers de ce traitement sur une personne chez laquelle les tissus étaient déjà trop ramollis. Toute notre logique échoua contre une volonté inébranlable, et nous nous vîmes dans la nécessité d'agir contre notre propre conviction, ou de voir s'éloigner de notre établissement naissant une famille illustre, puissante, qui pouvait, par le témoignage qu'elle en rendrait, le perdre ou concourir puissamment à sa réputation ; nous eûmes la faiblesse de céder ; nous eûmes tort et nous l'avouons ; mais combien de personnes à notre place eûssent agi autrement.

Le premier bain fit merveille : on fut obligé de changer les béquilles et les supports des fauteuils. Ce fut bien autre chose quand le second et le troisième eûrent été administrés. La mère transportée de joie voulut savoir de combien était l'élongation. Nous avions gagné quatorze lignes en trois jours ! Mais désirant, pour que l'expérience fut complète, connaître aussi de combien serait la rechute, on retira les béquilles, et nous vîmes retomber le corps de trois pouces... Effrayée autant que nous de ce fâcheux résultat, madame de M*** reconnut sa faute et nous promit bien de ne plus nous contrarier à l'avenir. Heureusement son imprudence et notre faiblesse, dans laquelle

nous jurâmes de ne jamais retomber, n'eûrent pas de suites fâcheuses, et, en peu de temps, tout le mal fut réparé.

Dans le même temps à peu près, il s'élevait dans la capitale un établissement orthopédique d'après la méthode de Würtzbourg. On crut trouver, dans une maison fondée au sein de Paris même, plus de garanties que dans un endroit aussi sauvage que Morley, et on nous abandonna pour aller s'installer dans un local contigu à l'établissement et s'y faire traiter à domicile.

Quand mademoiselle de M*** sortit de Morley, elle y avait séjourné deux cent cinquante-deux jours. Sa santé était dans l'état le plus satisfaisant; elle avait grandi de trois pouces quatre lignes, et sa difformité avait diminué de plus des deux tiers.

Arrivée à Paris, la malade fut placée dans une maison qui touchait à l'établissement et une porte de communication, établie à cette intention, facilita les visites du médecin et les soins des personnes de service. A peine y fut-elle installée qu'on la plaça sur un lit, imitation de celui de Würtzbourg, où il fallait passer vingt heures sur vingt-quatre, immobile et dans la position la plus incommode. Quel supplice pour une jeune personne qui, à Morley, ne restait couchée que le

temps ordinairement consacré au repos dans le lit, et qui, toute la jonrnée, pouvait, à sa volonté, se reposer ou se promener. Bientôt on nous adressa la demande d'un fauteuil construit sur le modèle de ceux dont on se servait chez nous ; nous nous vîmes obligés de le refuser, non pas qu'en agissant ainsi nous cédassions à un sentiment de mécontentement ou de jalousie, mais nous craignions tout ce qui pouvait résulter d'une fausse application de nos procédés. Telles furent les raisons que nous donnâmes de notre refus et probablement elles furent goûtées, car la demande ne se renouvella plus.

Cependant treize mois s'étaient déjà écoulés sans qu'aucune amélioration solide eût été le résultat du traitement de Paris. Mademoiselle de M*** qui avait toujours regretté Morley, et qui ne l'avait quitté que par obéissance pour sa mère, ayant appris que nous étions dans la capitale, nous fit prier d'aller la voir. Nous étant rendu à son invitation, elle nous témoigna le désir le plus vif de rentrer à Morley, ajoutant que sa mère y consentait et le souhaitait aussi ardemment qu'elle..... Nous nous rendîmes sur le champ à des sollicitations aussi flatteuses pour nous, et peu de jours après on fit les préparatifs de départ. Mademoiselle de M*** arriva à Morley, en

juillet 1823, et madame sa mère alla s'installer à Saint-Dizier, ville voisine du lieu de notre résidence, et d'où elle pouvait, sans se séquestrer entièrement du monde, rendre de fréquentes visites à sa fille.

Revenue à son cher Morley, comme elle l'appelait, notre jeune malade ne se lassait pas de louer le lit, le fauteuil et les béquilles de l'établissement. Comment nous disait-elle, avec une exagération facile à concevoir à cet âge et dans une semblable position, ne pas trouver tout cela délicieux. J'ai passé treize mois à Paris où tout était pour moi instrument de supplice, et je n'y ai rien gagné : à Morley, au contraire, je n'ai jamais souffert et j'ai obtenu des avantages rapides.

Le traitement qui dura encore un an fut soutenu avec courage et persévérance ; pendant les trois premiers mois, on fit usage des émolliens, et durant les neuf autres, des fortifians, et, sous l'emploi de ces moyens, la gibbosité disparut entièrement, mais la colonne vertébrale ne put pas être totalement redressée. Du reste, la santé s'était tout-à-fait fortifiée, et mademoiselle de M*** pouvait marcher avec vîtesse, courir, même danser et chanter sans en être incommodée. Les forces, l'embonpoint et le coloris étaient revenus.

Elle sortit de l'établissement avec des béquilles et les autres appareils ordinaires du départ, ce qui lui permit de continuer encore long-temps un traitement dans la maison paternelle. Quant au corset, elle ne le quitta que quelques mois après son mariage, quand elle y fut contrainte par une grossesse très-avancée, et elle le reprit quelque temps après son accouchement. L'enfant auquel elle a donné le jour est très-bien conformé, et jouit d'une santé aussi parfaite que celle de sa mère, qui, depuis, a continué à se porter très-bien et n'a jamais éprouvé de récidive.

QUATRIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE SIMPLE,

AVEC INCURVATION DU CÔTÉ GAUCHE.

Traitement commencé en novembre 1825, terminé en septembre 1826.

Redressement complet.

Mademoiselle M. V***, du département de la Côte-d'Or, fut amenée à Morley en novembre 1825 par sa mère qui nous donna les renseignemens suivans sur son compte.

Etant grosse de cette enfant, Madame V*** qui avait eu déjà plusieurs fausses couches par suite desquelles sa santé avait été profondément altérée, fit une maladie sérieuse qui lui donna de vives inquiétudes ; néanmoins à force de soins et de ménagemens, aucun accident n'eût lieu. Elle accoucha d'une fille qui vint au monde assez développée et bien conformée, mais avec tous les signes de la faiblesse de constitution. La peau était décolorée

et lisse, la fibre molle et lâche ; ses membres étaient flasques ; elle ne soutenait point sa tête ; sa voix était faible et elle ne prenait le sein qu'avec difficulté : enfin tout faisait craindre qu'on ne pût parvenir à l'élever.

Les phénomènes de la vaccine et les maladies ordinaires à l'enfance se ressentirent de la disposition lymphatique de Mademoiselle M. V***. Cependant elle n'éprouva point d'accidens graves et conserva toujours assez de vivacité. Sujette à de fréquens épistaxis, le sang qu'elle perdait paraissait être mêlé d'une grande quantité de sérosité. La première dentition avait été tardive ; la seconde se fit à l'époque ordinaire et naturellement ; enfin il n'arriva rien d'extraordinaire avant l'âge de douze ans, époque à laquelle des flueurs blanches assez abondantes, jointes à l'engorgement des seins, firent croire à la mère de Mademoiselle V*** que la menstruation allait s'établir. Il n'en fut rien cependant ; l'indisposition dont nous venons de parler cessa et reparut alternativement.

Durant ces entrefaites la jeune personne prit un accroissement considérable sans se fortifier en proportion. Elle était très-grande, mais mince, faible, se laissant aller et prenant des mauvaises attitudes et, vers l'âge de quatorze ans, on s'aperçut que sa taille commençait à se déranger.

A quinze ans et demi elle fut réglée, mais imparfaitement et d'une manière irrégulière : cette crise naturelle ne produisit aucun effet salutaire sur la difformité. Au contraire, ses progrès continuant d'une manière visible, la mère consulta plusieurs médecins qui l'attribuèrent à la faiblesse constitutionnelle et, sans conseiller aucun autre traitement que les toniques, rassurèrent beaucoup sur les résultats de cette infirmité en disant que les progrès de l'âge fortifieraient la jeune personne et la guériraient infailliblement.

Peu satisfaite de promesses aussi vagues, Mad. V*** nous amena, en novembre 1825, sa fille que nous trouvâmes pâle, souffrante, faible, ayant les gencives et les lèvres décolorées, et les membres inférieurs légèrement œdématiés. Tous les symptômes d'une constitution éminemment lymphatique se trouvaient réunis chez elle.

La difformité qu'elle portait était une déviation de la colonne vertébrale à convexité située à droite, peu considérable et par conséquent peu importante par elle-même sous le rapport du traitement mécanique à employer. Nous étions beaucoup plus occupé du traitement constitutionnel et des difficultés que nous pourrions rencontrer dans des dispositions vicieuses aussi prononcées. Aussi n'était-ce qu'avec défiance et, en observant jour par

jour les effets du traitement, que nous soumîmes la malade, selon l'usage général, à l'application des moyens émolliens. Au bout d'une quinzaine la faiblesse devint très-grande, il y avait anéantissement total et lipothymie imminente à chaque instant. Une perte abondante en blanc étoit venue se joindre à tous ces symptômes et ajouter à leur intensité.

Il fallut donc changer de système sur le champ et en venir aux fortifians qui furent rendus progressivement de plus en plus actifs. Sous leur influence, les menstrues devinrent régulières, les flueurs blanches disparurent, les douleurs d'estomac, la faiblesse, la pâleur firent place à un appétit vif et soutenu, et à un teint coloré, et l'emploi de moyens mécaniques très-simples opéra en dix mois et demi un redressement complet de la colonne vertébrale.

En quittant l'établissement, Mademoiselle V*** emporta, pour un traitement de précaution, toutes les pièces d'appareil dont nous recommandons l'usage long-temps encore après la guérison. Nous conseillâmes un voyage de Dieppe, à la belle saison, pour y prendre les eaux de mer en bains et en douches. Un an après, nous eûmes occasion de voir Mademoiselle V*** et nous fûmes aussi satisfait de sa belle santé que de la régularité de sa taille.

CINQUIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE SIMPLE

AVEC INCURVATION DU CÔTÉ GAUCHE.

Traitement commencé en avril 1827, terminé en février 1829.

Redressement complet.

' Mademoiselle A. S***, de Dijon, département de la Côte-d'Or, entra dans notre établissement le 12 avril 1827. Nous ne pûmes obtenir sur les antécédens de sa santé que des renseignemens extrêmement vagues et contradictoires. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à l'âge de huit ans son excellente santé et sa taille parfaitement régulière et élégante lui attiraient de ces complimens par lesquels nous manifestons souvent à l'enfance l'intérêt qu'elle nous inspire.

Vers l'âge de dix ans, Madame S*** crut s'apercevoir que sa fille affectait des positions vicieuses, que malgré ses remontrances elle s'inclinait de côté et négligeait son maintien : en même

temps, sa santé commença à s'altérer. En examinant le dos de cette enfant, elle remarqua un commencement d'incurvation vertébrale et fit part de son inquiétude à sa sœur qui fut bien loin de la partager.

Des médecins furent consultés, comme cela était toujours arrivé pour toutes nos malades. Ils ne virent dans l'état de Mademoiselle S*** que de la faiblesse et conseillèrent les remèdes fortifians et les anti-scorbutiques qui furent administrés et quittés, parce qu'ils déterminaient des maux d'estomac. On fit sur la colonne vertébrale des frictions avec le baume Opodeldoch, l'eau de Cologne, les alcooliques, etc. et, malgré tous ces moyens, la difformité continua à faire des progrès et la santé à se détériorer.

Les inquiétudes des parens allant toujours croissant avec le mal, ils nous amenèrent leur enfant qui était dans l'état suivant quand nous la vîmes pour la première fois.

Teint livide et plombé, lèvres et gencives décolorées, regard languissant, maigreur extrême, atrophie des membres thorachiques : poitrine présentant à gauche et en bas une saillie considérable, à droite et en haut une dépression, seins déplacés et situés bien plus haut l'un que l'autre; la clavicule du côté droit portée en arrière et obliquement

en haut, celle du côté gauche en avant et en bas, les bras descendant à une distance inégale du sol, non parallèles entr'eux, comme cela est ordinaire, etc.

La poitrine examinée postérieurement présentait une forte saillie augmentée par l'omoplate dont l'angle iuférieur était soulevé et porté en arrière, tandis qu'à gauche ce même os, logé dans un enfoncement, était à peine sensible. Au milieu était un creux correspondant au rachis.

Les parties latérales du rachis étaient aplaties à droite et convexes à gauche. Enfin la torsion de la portion inférieure de la colonne vertébrale se propageait jusqu'au bassin qui avait pris une direction oblique de telle sorte que la hanche gauche était reportée en arrière et la droite en avant.

L'état général était le même que celui de la plupart des jeunes personnes qui viennent réclamer nos soins. Toutes les fonctions avaient souffert des dérangemens graves et la santé en avait éprouvé une atteinte fâcheuse.

Mademoiselle A. S*** fut donc soumise à l'action des appareils et du traitement accessoire et nous ne tardâmes pas à en apercevoir d'heureux effets. A mesure que la gibbosité s'affaissait, la colonne vertébrale se redressait et l'état général s'améliorait. Toutes les fonctions se rétablissaient et repre-

naient leur marche régulière. La menstruation qu'aucun mal-aise n'avait annoncée à l'avance s'établit tout à coup sans douleur et les seins prirent leur développement naturel.

Un an après son entrée à l'établissement, mademoiselle S*** fut mise à l'usage des fortifians, et vingt-deux mois après, elle sortit parfaitement guérie de sa difformité et jouissant de la santé la plus florissante.

Les recommandations et les appareils de précaution l'accompagnèrent quand elle partit. Nous avons reçu de ses nouvelles un an après son départ et sa guérison ne s'était pas démentie.

SIXIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE AVEC INCURVATION DORSALE

A GAUCHE ET LOMBAIRE A DROITE.

EXTENSION FORCÉE DES LIGAMENS DES SIXIÈME ET SEPTIÈME VERTÈBRES DORSALES.

Traitement commencé en avril 1823, terminé en août 1824.

Redressement complet.

Mademoiselle C. R***, de Montpellier, fut amenée en juillet 1823, par sa mère qui nous donna sur son compte les renseignemens suivans :

Pendant les premières années de sa vie, cette jeune personne, quoique d'une constitution délicate, avait joui constamment d'une bonne santé. Elle avait essuyé les maladies ordinaires à l'enfance, et toutes avaient été bénignes. Ce ne fut que vers sa dixième année que sa mère crut apercevoir quelque déviation dans sa taille qui, jusqu'alors avait été d'une régularité parfaite ; le maintien était devenu négligé et les attitudes vicieuses.

Madame R***, croyant pouvoir rétablir un dérangement qui lui semblait si léger par les simples soins d'une mère, surveilla pendant quelque temps sa fille avec la plus scrupuleuse attention, mais, voyant que la difformité continuait à augmenter, elle se décida à recourir aux gens de l'art. L'avis unanime des médecins fut qu'on devait combattre par les toniques et les amers le vice interne qui causait la difformité, et fortifier par des exercices d'un genre approprié le bras gauche qui était le plus faible, tandis que le droit resterait dans une inaction complète.

Les progrès de la gibbosité ne furent point arrêtés, et, quoiqu'ils marchassent avec lenteur, ils inquiétèrent de plus en plus la mère de cette jeune personne qui, appelée par ses affaires à Paris, et occupée sans cesse de la santé de sa fille, finit par découvrir qu'un établissement orthopédique destiné à redresser les tailles venait de s'élever dans la capitale. Elle ne tarda pas à s'y présenter et, sur l'assurance positive qui lui fut donnée d'une prompte guérison, elle se détermina à y placer sa fille qu'un nouveau régime prescrit par les médecins de Paris et l'usage d'un corset n'avaient en rien soulagée.

Aussitôt la jeune personne fut étendue sur le lit de Wurtzbourg, le seul moyen usité dans l'é-

tablissement. Ce n'était pas sans de vives terreurs que sa mère la voyait soumise à l'action si effrayante du treuil. Suivant de l'œil, avec une sollicitude indicible, tout ce qui se passait pendant l'application de ces appareils, elle nous dit avoir remarqué que lorsque sa fille était étendue sur le lit, elle était aussitôt tourmentée par la crainte de rouler de côté et faisait des efforts pour se maintenir en place. A cet état de malaise, qui continuait jusqu'à l'application du casque et de la ceinture, succédait l'inquiétude que causait l'application de ces deux pièces d'extension. La pâleur du visage et des mains, qui allaient sans cesse de la ceinture au casque, indiquait assez la gêne qui en résultait. Quand l'extension commençait, à la décoloration de la face succédaient une vive coloration de cette partie et l'injection des conjonctives. Les yeux devenaient brillans et il y avait des mouvemens convulsifs de la face. A ces signes peu rassurans pour bien des spectateurs, l'opérateur jugeait que l'extension était arrivée à un dégré suffisant, et s'arrêtait; mais la coloration du visage et l'injection des yeux persistaient encore long-temps.

Madame R***, toujours attentive à observer ce qui se passait, remarquait que pendant le séjour sur le lit, sa fille fléchissait les jambes sur les

cuisses, et celles-ci sur le bassin, de manière à ce qu'elles formassent angle droit avec cette cavité. Interrogée pourquoi elle prenait cette position, elle répondait qu'elle en éprouvait un grand soulagement et *qu'elle se sentait beaucoup moins tirée*, qu'autrement sa position lui serait insupportable. Elle cherchait encore à se soulager en appuyant ses pieds à plat sur le lit, mais ils portaient à faux et cela redoublait le malaise de sa position. Néanmoins encouragée par les exhortations de sa mère qui brulait du désir de la voir guérir, et, ranimée par l'espoir d'arriver à ce résultat qu'elle ne souhaitait pas avec moins d'ardeur, elle endurait ses souffrances avec résignation. Une chose cependant les désolait toutes deux, c'est qu'après être sortie du lit, l'élongation qu'on obtenait en y restant se perdait, et que la malade se trouvait à peu près au même point.

Dans le même établissement était une jeune personne qui n'avait pu entrer à Morley, faute de place. Son père causant avec madame R***, se plaignait aussi de ce que sa fille éprouvait le même inconvénient qui, disait-il, n'avait point lieu dans notre établissement où l'on faisait usage de béquilles. Il en parla au chef de la maison qui rejetta cette idée sous différens motifs qui furent loin d'être admis. Le père

de la jeune personne insista en menaçant de retirer son enfant. Il fallut donc céder et consentir à l'usage des béquilles, *seulement pour sa fille dont il était bien le maître de disposer*, *mais non pour les autres*. Mais on s'en trouva si bien, on en raconta tant de bons effets à ses jeunes camarades qu'à Paris, comme à Morley, toutes voulurent avoir ce qui n'était fait que pour une seule, et les béquilles furent introduites dans l'établissement.

Au bout de quelques mois, madame R*** toujours assez peu satisfaite de l'état de sa fille, exprima fermement au chef de l'établissement le désir de voir au juste quels progrès sa taille avait faits, depuis le commencement du traitement. On disposa la jeune personne de manière à ce que le dos fût à nu; on la coucha à plat ventre sur le lit extenseur et, quand la ceinture et le casque furent placés, on fit mouvoir le treuil et on opéra une extension telle, qu'au même instant un craquement eut lieu dans la colonne vertébrale et fit jeter un cri d'effroi à la jeune personne et à sa mère qui la crut perdue. Aussitôt cette dernière fit enlever les appareils et, ne voulant plus rien entendre, sortit de suite de l'établissement avec sa fille. Au bout de trois jours de repos, ces dames prirent la route de Morley.

Quand la jeune personne y arriva, elle était dans un état de débilité générale et présentait de la disposition à la leucophlegmatie. La pâleur de son visage était extrême et toutes les fonctions se trouvaient dérangées.

Le dos était le siége d'une incurvation à convexité à droite, et d'une autre courbure subjacente, en sens opposé à la première et intéressant la fin de la colonne dorsale et le commencement de la lombaire.

Le côté droit était beaucoup plus étroit que le gauche où l'on remarquait une dépression très-prononcée supérieurement. Les côtes se trouvaient très-rapprochées dans leur centre. Antérieurement, une disposition inverse s'observait, c'est-à-dire, que le côté gauche, convexe et saillant en avant, était plus étroit que le droit : les bras n'étaient point parallèlement placés, etc.

Nous passons à dessein par-dessus une foule de détails pour éviter l'ennui de répétitions fréquentes et qui se représenteraient pour chaque observation de difformités à-peu-près semblables. Seulement, nous observâmes que la malade éprouvait une faiblesse extrême des extrémités inférieures, et un sentiment de gêne et de pésanteur indéfinissables dans le bassin et lès lombes, de telle sorte que la moindre marche lui était devenue pénible

et fatiguante au dernier point. Souvent même elle se trouvait dans l'impossibilité de faire quelques pas.

Considérant le cas de mademoiselle R*** comme celui d'une difformité simple qui ne présentait aucune indication particulière à remplir, nous la soumîmes au traitement ordinaire et à l'action successive de tous nos appareils, lit, béquilles, fauteuil, etc. Il y avait une vingtaine de jours qu'elle était à Morley, quand quelques-unes des autres personnes qui s'y trouvaient avec elle crurent remarquer que quand elle était soulevée par les béquilles, sa difformité augmentait. Cette circonstance, toute opposée à ce que l'on observe ordinairement, les ayant frappées, elles nous envoyèrent chercher. Arrivé dans la salle des bains, nous examinâmes la jeune personne et nous reconnûmes qu'il existait, entre les apophyses épineuses de la sixième et de la septième vertèbre dorsale, un écartement d'où résultait un enfoncement assez grand pour recevoir le bout du doigt. Au même instant, nous fîmes baisser les béquilles d'une manière insensible, et, quand elles furent totalement abandonnées, l'enfoncement n'existait plus. Les béquilles furent reprises, élevées peu à peu, et les mêmes phénomènes se reproduisirent. Deux fois l'expérience fut recommencée et les résultats, cons-

tamment les mêmes, nous donnèrent lieu d'observer à notre aise cette singulière disposition de la colonne vertébrale. Du reste, il n'y avait pas la moindre douleur.

Nous avions gardé le silence envers la malade et les jeunes personnes qui nous avaient donné l'éveil, mais nous nous expliquâmes franchement vis-à-vis de Madame R*** qui ne manqua pas d'attribuer l'état de sa fille aux suites de l'extension peu ménagée dont elle avait été témoin. Instruite sur les dangers qui pouvaient résulter de cette complication, que nous n'avions pas même soupçonné dans le commencement, et dont aucun exemple ne s'était jusqu'alors présenté à nous, elle n'en persista pas moins à se confier aveuglément à nos soins, nous suppliant de les proportionner à la gravité du cas.

A l'instant même, la malade fut couchée sur un lit disposé sur un plan horizontal, de manière à faire porter également toute la surface postérieure du tronc. On appliqua sur la partie lésée des compresses imbibées de vin aromatique et, pendant quinze jours consécutifs, on continua ce traitement auquel nous adjoignîmes le repos le plus absolu. Au bout de ce temps, la jeune personne fut levée avec les plus grandes précautions; elle ne marchait que très-peu et à l'aide de bé-

quilles à roulettes pour éviter les dangers d'une chute. Enfin au bout de six semaines, ce qui faisait, avec le séjour au lit, deux mois d'interruption, le traitement curatif de la gibbosité fut repris, mais avec des ménagemens extrêmes.

Un examen nouveau de la colonne vertébrale ne nous permit plus de reconnaître le moindre écartement et ce qui nous confirma dans l'opinion où nous étions que le rapprochement était parfait, c'est que les extrémités inférieures s'étaient fortifiées notablement et que la marche était devenue beaucoup plus facile.

Après quinze mois de séjour à Morley, Mademoiselle R*** qui n'avait été soumise à l'usage des émolliens que pendant deux mois, et à celui des fortifians pendant le reste du temps, sortit de l'établissement dans un état de santé parfait et avec une taille charmante. Elle est du nombre des malades dont la guérison a été complète dans toute l'étendue de l'expression.

Réflexions.

Au risque d'encourir des reproches que nous regarderions comme très-injustes, nous avons cru devoir mentionner une circontance qui se rattachait à un autre établissement que le nôtre. Elle était de nature à ne pouvoir être passée sous si-

lence et, si nous l'eussions omise, nous aurions donné une observation tronquée et incomplète. Nous devions donc signaler le fait vraiment curieux de l'écartement des vertèbres dorsales et les circonstances de l'extension forcée à laquelle Mademoiselle R*** fut soumise le jour de sa sortie de l'établissement de Paris.

Quels rapports réels existent entre cette extension et l'écartement que nous avons observé? C'est ce que nous ne pouvons déterminer avec conviction, bien différent en cela de la mère qui n'a jamais conservé le moindre doute à cet égard. Quelle que soit l'opinion que l'on se sente porté à adopter, il existe toujours de puissans argumens pour ou contre. Si l'écartement était antérieur à l'extension opérée par le lit de Würtzbourg, comment a-t-elle pu être portée si loin, sur des parties déjà peu résistantes, sans déterminer les symptômes les plus graves? Si, au contraire, l'extension a été cause du mal, comment ce craquement entendu si distinctement par MM. R***, et probablement aussi par l'opérateur, n'a-t-il été suivi d'aucun accident, pas même de douleur? Comment la malade a-t-elle pu quitter l'établissement le jour même et, trois jours après, faire un voyage de soixante lieues pour venir nous trouver.

On ne peut guères s'expliquer la chose qu'en

admettant que le ressort des parties étant forcé par une extension soutenue et répétée depuis long-temps, et leur sensibilité émoussée par tous les tiraillemens, cette dernière propriété n'avait pu être mise en jeu au moment du déchirement présumé et que les accidens avaient été empêchés par la résistance des parties ligamenteuses restées intactes.

SEPTIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE AVEC INCURVATION DORSALE CONSIDÉRABLE A GAUCHE, ET COURBURE LÉGÈRE AUX LOMBES EN SENS OPPOSÉ. TORSION DU BASSIN.

Traitement commencé en mai 1830 et interrompu en juillet 1831.

Redressement presque complet.

Mademoiselle H. D***, native de Clermont, département de la Meuse, perdit sa mère en bas âge et fut confiée aux soins d'une tante qui, n'habitant pas la même maison et ne la voyant pas journellement, ne pût nous donner aucun renseignement positif sur l'origine et la marche de la difformité que portait cette jeune personne. Nous nous abstiendrons en conséquence d'en parler et nous passerons de suite à la situation dans laquelle elle se trouvait en se présentant à notre établissement.

L'état général était souffrant, les fonctions al-

térées, comme nous l'observons presque constamment. Il y avait beaucoup de tristesse et de morosité. La menstruation n'avait pas encore commencé.

La déviation rachidienne située au dos avait sa convexité à droite et s'étendait de la deuxième vertébre dorsale à la dixième : les côtes se trouvaient poussées en arrière et en dehors et considérablement courbées, ce qui formait une gibbosité très-saillante augmentée par la saillie du scapulum et surtout par son angle inférieur. L'extrémité supérieure de la déviation avait incliné le cou en avant et à gauche et la tête avait naturellement suivi cette direction. Son extrémité inférieure, agissant aussi sur la fin de la colonne dorsale et le commencement de la lombaire, avait repoussé les vertèbres de ces régions à gauche, ce qui produisait une courbure peu marquée vers cet endroit et une torsion du bassin, par suite de laquelle l'os iliaque droit était porté en avant et le gauche en arrière. D'ailleurs les dérangemens existans dans la forme de la poitrine et la situation des extrémités supérieures étaient tels qu'on les observe ordinairement en pareille circonstance.

Le cas était simple. Aussi nous contentâmes-nous des appareils ordinaires et du traitement qui les accompagne. En moins de deux mois nous

avions obtenu des effets très-marqués ; la courbure s'était alongée et l'état constitutionnel était bien amélioré. Les forces, l'appétit revenaient. La menstruation s'était établie au dixième mois de séjour. A cette époque nous quittâmes les émolliens pour en venir à l'usage des fortifians que l'on continua pendant trois mois consécutifs. Tout faisait espérer une guérison complète, lorsque des circonstances malheureuses obligèrent les parens de Mademoiselle H*** à la retirer plutôt que nous l'eussions désiré. Il y avait encore une légère incurvation du rachis, mais la gibbosité avait complètement disparu et la santé était excellente. La malade ayant cessé le traitement un peu de temps avant son départ, nous n'observâmes pas la moindre disposition à une rechûte et des lettres reçues tout récemment nous confirment dans l'opinion où nous sommes qu'elle n'aura pas lieu.

HUITIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE AVEC INCURVATION

A GAUCHE DES PLUS CONSIDÉRABLES.

Traitement commencé en mai 1821, interrompu en juin 1822.

Redressement incomplet et cependant élongation de onze pouces en un an.

Mademoiselle E. D*** de Joinville (Haute-Marne) est l'une des premières personnes qui aient été traitées pour cause de difformité de la taille dans l'établissement de Morley, où elle entra à l'âge de quatorze ans. Douée d'une constitution très-faible, issue d'une mère morte phthisique et d'un père dartreux, soumise au régime austère d'une maison pieuse à l'excès et à des exercices religieux peu faits pour son âge et sa santé, enfin habitant, la majeure partie du temps, un lieu froid et humide, elle éprouva toutes les influences les plus fâcheuses pour un tempéramment aussi délicat. Aussi, la difformité qui datait de l'âge de sept ans, s'était-elle développée d'un manière extraordinaire et avait-elle arrêté l'accroissement.

Elle avait été à Vitry-le-Français chez une de ses parentes qui avait consulté plusieurs médecins sur sa position; mais tous, effrayés, comme nous le fûmes plus tard, de l'énorme gibbosité qu'elle portait et de son état général, pronostiquèrent une fin prochaine, terme désirable de ses souffrances. Cette pauvre enfant à qui, par un motif de religion assez mal entendu, on avait fait connaître l'opinion des gens de l'art sur son compte, voulut retourner chez son père, au moins pour mourir près de lui, disait-elle, et c'est à Joinville, tout près de Morley, que la famille entendant parler de nos premiers essais se décida à nous consulter au sujet de cette petite malheureuse.

Nous avouons que le cas ne nous parut pas être très-avantageux à notre réputation. Une incurvation énorme du rachis, avec convexité tournée à droite, avait rapetissé d'une manière extraordinaire le corps qui était penché tout de côté. A l'opposé de cette bosse prodigieuse était un creux au fond duquel les côtes redressées et chevauchant les unes sur les autres, ne formaient qu'un seul plan presqu'uniforme. Le scapulum du côté droit était très-proéminent, et le gauche enfoncé et à peine sensible : les hanches présentaient une disposition inverse et la droite était plus antérieure que la gauche.

L'état général n'était pas plus rassurant. Mademoiselle D*** était d'une maigreur extrême, elle avait le teint jaune et livide, la voix très-faible. Les fonctions de la respiration et de la circulation étaient très-gênées, et l'estomac pouvait à peine supporter quelques cuillerées de bouillon. Il y avait en outre des sueurs nocturnes, une chaleur constante à la paume des mains et à la plante des pieds, symptômes d'une fièvre hectique que l'on avait inutilement combattue avec le kina.

Malgré tant de motifs de découragement pour nous qui n'étions encore qu'au début de nos essais, la malade fut placée dans les appareils imparfaits dont nous nous servions alors; la gibbosité fut comprimée dans le lit par les bandes de toile dont nous faisions usage; ce lit, le fauteuil, les béquilles furent corrigés et perfectionnés mainte fois à son occasion. Nous eûmes surtout occasion d'observer sur elle les effets avantageux des moyens de compression qui nous occupaient sans cesse et dont nous étions encore bien loin d'être satisfaits. Nous en dirons autant des bains de vapeur dont elle se trouva fort bien, quoique nous n'eûssions pas encore d'appareils commodes pour les administrer.

Quoiqu'il en soit, au bout de deux mois, elle était beaucoup mieux, la santé s'était fortifiée,

et cette amélioration était tellement sensible que son père, qui vint à cette époque, versa des larmes de joie en la voyant arrachée des bras de la mort à laquelle il la regardait comme irrévocablement condamnée. Ces progrès continuèrent toujours, les seins se développèrent et nous nous attendions incessamment à voir les règles paraître. Au bout de cinq mois le redressement était de cinq pouces.

Vers le sixième mois, un soir que mademoiselle D*** était à la salle des bains, elle parut frappée de stupeur et cessa de répondre à la fille de service qui lui parlait : elle perdit bientôt connaissance et, à peine rapportée dans son appartement, elle fut prise en présence de l'un de nous de convulsions violentes qui durèrent cinq heures et demie, sans qu'aucun moyen pût les faire cesser. Aux convulsions succéda un assoupissement doux et tranquille, puis elle s'éveilla en pleine connaissance, mais sans conserver aucun souvenir de ce qui s'était passé dans la salle des bains. Le lendemain, retour des convulsions à peu près à la même heure : elles durèrent moins long-temps et cessèrent de la même manière. Le surlendemain, et pendant la semaine entière, continuation des mêmes symptômes, mais toujours de moins en moins intenses et moins prolongés. Dans les intervalles, les facultés intellectuelles

paraissaient lésées ; la mémoire était obtuse et le cerveau semblait être le siège d'une congestion sanguine. Du reste, il y avait de l'appétit et toutes les fonctions se faisaient bien. Enfin le huitième jour, les règles parurent pour la première fois et durèrent cinq jours, après lesquels notre jeune malade complètement rétablie entendait raconter, comme un rêve et sans en avoir le moindre souvenir, tout ce qui avait suivi la première convulsion.

La crise violente qui venait de se passer nous avait causé d'assez vives inquiétudes. Sans expérience encore, nous en redoutions les effets sur la gibbosité, mais nous fûmes bien rassurés quand plaçant la malade sur les béquilles, qui ne lui avaient pas servi depuis long-temps, nous reconnûmes qu'elles lui étaient devenues trop courtes et qu'il fallait les exhausser, ainsi que les supports du fauteuil. Les convulsions avaient agi sur les muscles, soit en débilitant les plus forts, soit en fortifiant les plus faibles, et il en était résulté un alongement remarquable de la taille. Ces progrès en mieux de la gibbosité et ceux de l'état constitutionnel marchaient de pair sous l'emploi des moyens mécaniques et du traitement accessoire ; nous espérions avoir à citer, dès le début de notre établissement, un beau fait de guérison, quand les

parens satisfaits de cette amélioration nous prévinrent que leur enfant ne passerait qu'une année à Morley. En vain nous essayâmes de la retenir plus long-temps, en leur objectant que la guérison n'était qu'ébauchée, qu'avec le temps nous obtiendrions beaucoup plus et qu'en nous l'enlevant, aussi promptement, on s'exposait à perdre ce que l'on avait gagné. Toutes nos sollicitations furent inutiles; ils trouvaient leur fille redressée au de là de ce qu'ils auraient osé l'espérer et leur résolution demeura inébranlable.

Sortie d'une maison où une gaîté décente et des distractions salutaires alternaient avec les soins qu'exigeait sa santé, Mademoiselle D*** retourna chez ses parens et là recommencèrent les austérités d'une piété outrée et les ennuis d'une vie mystique. Il n'en fallait pas tant pour agir défavorablement sur le moral si sensible d'une jeune personne. Nous avions permis qu'on emportât un fauteuil et, peu éloigné du pays ou était notre malade, nous conservâmes l'espoir de diriger le traitement à domicile; mais la négligence que l'on mit à observer nos recommandations et l'usage mal dirigé de nos machines nous firent craindre qu'elles ne produisissent des effets tout autres que ceux que nous en attendions. Nous les retirâmes donc et nous abandonnâmes Mademoiselle D*** que

nous avons eu depuis l'occasion de revoir. Sa santé ne s'est pas conservée long-temps telle que nous la lui avions créée quand elle nous quitta, mais sa taille s'était assez bien maintenue pour que sur onze pouces de redressement qu'elle avait obtenus en moins d'un an, elle ne paraissait pas en avoir perdu plus de deux.

NEUVIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE AVEC INCURVATION A GAUCHE

REPORTÉE A DROITE

PAR SUITE D'UNE PRESSION TROP FORTE;

CYPHOSE LÉGÈRE.

Traitement commencé en mai 1827, terminé en août 1828.

Redressement complet.

Mademoiselle E. L*** de Villefranche, près de Lyon, prit un accroissement très-considérable de bonne heure. Avant quatorze ans révolus, elle avait cinq pieds un pouce, était très-mince et d'une maigreur squelettique, et ses muscles étaient à peine dessinés. A cette époque on s'apperçut d'un dérangement dans sa taille. Il ne consistait encore qu'en une incurvation légère au dos et une semblable aux lombes, mais l'accroissement continuant, puisqu'à l'âge de quinze ans la taille était de cinq pieds deux pouces huit lignes, la

gibbosité devint de plus en plus prononcée, ce qui décida la famille de cette Demoiselle à l'amener à Morley en mai 1827.

Alors cette jeune personne était dans un état de maigreur et de faiblesse considérables. Incapable de se tenir droite, elle marchait le corps courbé ce qui déterminait de vives douleurs de dos et d'estomac : de temps en temps, elle éprouvait des accès d'une fièvre qu'elle supportait volontiers, parce qu'on l'avait qualifiée fièvre de croissance et qu'elle désirait encore grandir, malgré sa taille déjà fort élevée.

Quant à la difformité, elle consistait en une longue incurvation à convexité située à droite, qui compromettait toutes les vertèbres dorsales et déjettait un peu le cou à gauche et en avant. Le tronc tout entier était un peu courbé en avant et les bras portés dans la même direction.

Il était évident que chez cette jeune personne, l'accroissement s'étant fait dans des proportions et avec une rapidité insolites, les muscles étendus subitement n'avaient plus eu la force de conserver l'à-plomb du corps, de là la difformité qui aurait pu devenir très-considérable si on ne s'y fût opposé de bonne heure. Les indications étaient donc simples et faciles et, selon toute apparence, le succès assuré. On appliqua les appareils ordinaires

et on recommanda une pression très-modérée ; les moyens accessoires furent mis en usage comme à l'ordinaire.

De même que cette jeune personne à imagination très-ardente et difficile à ramener à des idées modérées, ne se croyant pas encore assez grande désirait croître davantage, de même elle se regardait comme très-difforme et était disposée à agir énergiquement pour se guérir. Ses compagnes et nous-mêmes essayions tous les jours de lui faire entrevoir sa position comme digne d'envie par l'espoir de prompte guérison qu'elle nous donnait : loin de la persuader, nous ne faisions que l'irriter et elle persistait obstinément dans sa manière de voir.

Agissant en conséquence, elle opérait de fortes pressions qui ne manquaient pas de produire des effets très-marqués et beaucoup trop rapides selon nous. Nous la prévînmes des dangers auxquels elle s'exposait, la menaçant de la remettre entre les mains de ses parens si elle continuait. Cette sévérité sembla produire de bons effets et nous croyions à sa soumission depuis près d'un mois, lorsque la surprenant un jour à l'improviste, nous trouvâmes deux serviettes roulées et nouées en rond entre le coussin et la pièce de bois. Il n'était plus difficile de se rendre raison d'une diffor-

mité opposée à la première qui commençait à fléchir la colonne vertébrale en sens opposé. Ecrire aux parens pour nous plaindre de leur fille et les engager à venir la chercher, supprimer dans le lit et le fauteuil les appareils de compression fut l'affaire de la journée même.

La mère de la malade s'étant rendue à Morley la réprimanda vivement et celle-ci ayant promis de suivre à l'avenir nos conseils, tout fut oublié et il ne fut plus question que de réparer le mal qu'elle s'était fait. Les appareils furent donc disposés de manière à agir en sens inverse et, en trois mois, la colonne vertébrale avait repris tout-à-fait sa direction normale. Quatre autres mois ayant été consacrés à la consolidation, M. L*** se trouva avoir passé à Morley quinze mois pendant lesquels elle avait, à sa grande satisfaction, gagné deux pouces dix lignes de hauteur, tant par le fait du redressement que de l'accroissement naturel. Sa santé était excellente; elle avait pris de l'embonpoint et des couleurs, et la menstruation qui, établie depuis l'âge de quinze ans, avait été fort souvent suspendue, se faisait d'une manière régulière.

En partant elle emporta les appareils préservatifs d'une récidive.

Cette jeune personne vint nous voir seize mois

après son départ de Morley. Elle avait encore grandi d'un pouce et sa taille n'avait rien perdu de l'à-plomb que nous avions été assez heureux pour lui rendre.

DIXIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DOUBLE

AVEC INCURVATION DORSALE A GAUCHE

ET LOMBAIRE A DROITE.

Traitement commencé en mai 1825, et terminé en avril 1827.

Redressement presque complet.

Mademoiselle J. M.*** de Beaune, département de la Côte-d'Or, privée de sa mère dès le bas âge, eut le rare bonheur d'en retrouver une autre dans une belle-mère qui, pleine de tendresse et d'affection pour elle, ne cessa de lui prodiguer les soins les plus affectueux. C'est de cette respectable dame que nous tenons les renseignemens suivans.

La jeune M*** eut toutes les maladies ordinaires à l'enfance et fut surtout très-fatiguée par une coqueluche qu'elle conserva pendant quatre ou cinq mois et à la suite de laquelle sa santé resta altérée

pendant quelque temps. Néanmoins, elle finit par prendre le dessus, se développa et ne présenta rien qui pût faire prévoir chez elle une difformité de la taille jusqu'à l'âge de sept ans. Quelque temps après et durant le travail de la seconde dentition, on remarqua une légère déviation de la colonne vertébrale ; ses progrès furent lents, insensibles, mais à l'âge de douze ans, elle s'était accrue au point de causer de l'inquiétude aux parens. En même temps, la santé de cet enfant commença à se déranger : on consulta quelques médecins qui tous accusèrent la présence du vice scrophuleux et conseillèrent les remèdes appropriés. Au bout de quelques mois on fut obligé de les suspendre et on alla à Lyon consulter le célèbre docteur Viricel.

Un régime adoucissant au lieu des amers et des anti-scorbutiques, le sirop de Portal quand les douleurs d'estomac auraient cessé, l'usage d'un corset approprié à la difformité, l'exercice du bras gauche et le repos du bras droit, tels furent les points les plus essentiels de la consultation de l'illustre praticien de Lyon. On la suivit de point en point. L'irritation d'estomac étant calmée, on en vint au sirop indiqué qui ne put être continué parce qu'il la réveilla au bout de quelques semaines. Le corset fit beaucoup souf-

frir, mais on ne pouvait se décider à abandonner ce moyen, parce que la jeune personne ne se trouvait bien soutenue que quand elle le portait; il fallait donc qu'elle se décidât à souffrir avec son corset ou à rester couchée. Un nouveau voyage fut fait à Lyon; un corset nouveau y fut construit, lequel ne réussit pas mieux que le premier. Enfin les mêmes inconvéniens persistant, la difformité ne diminuant en aucune manière et l'état général empirant de jour en jour, malgré les modifications apportées au traitement interne par chaque médecin consulté, on se décida à venir à Morley dans le mois de mai 1825.

La jeune malade était dans l'état suivant quand elle nous fut présentée. Pâleur chlorotique, traits altérés, exprimant la douleur et la tristesse, respiration difficile, battemens du cœur courts et irréguliers, palpitations suivies quelquefois de lipothymies, toux sèche et fatiguante, anorexie, sensation de pesanteur et de formication dans les membres, insomnie, rêves fatiguans, infiltration des pieds; menstruation non encore établie.

La colonne vertébrale était le siége d'une incurvation située à gauche dans les deux tiers supérieurs de la colonne dorsale, tandis qu'elle était à droite dans son tiers inférieur et dans sa portion lombaire.

En examinant la poitrine antérieurement on voyait aisément que le côté gauche comparé à l'autre était étroit, convexe et très-saillant dans toute son étendue; que le droit, au contraire, était large, aplati supérieurement et convexe inférieurement, mais moins que le côté opposé. Entre ces deux parties, il y avait, seulement dans les deux tiers supérieurs de la cavité thoracique, un enfoncement profond formé par le sternum qui était porté en arrière; dans le tiers inférieur il l'était en avant. Considéré dans sa totalité le même os était déjetté à droite.

Le sein gauche était porté en avant et en haut; le droit en haut et en dehors.

Postérieurement, les vertébres dorsales formaient une courbe à convexité tournée à droite et tellement prononcée que, vers son milieu, les apophyses épineuses ne pouvaient être distinguées. Cette inflexion avait porté les côtes droites en dehors et les avait courbées vers leur partie posrieure de manière qu'elles formaient une forte saillie augmentée par le scapulum dont l'angle inférieur était porté en arrière et en haut, ce qui faisait basculer le corps de l'os. Du côté opposé, les côtes redressées formaient une concavité dans laquelle l'omoplate correspondante était pour ainsi dire cachée.

La partie inférieure de la région dorsale et la région lombaire formaient, par suite du déplacement des vertèbres, une courbe à convexité située à gauche.

Les membres avaient subi le déplacement ordinaire en pareil cas et le parallélisme des bras était détruit.

Mademoiselle M*** fut soumise au traitement ordinaire, mais avec tous les ménagemens qu'exigeait sa position. Les émolliens furent continués pendant long-temps, car nous avions de grands désordres à réparer. Quoiqu'il en soit, au bout de deux mois, nous avions déjà obtenu des avantages très-marqués et vraiment extraordinaires pour un laps de temps aussi court.

La saillie qui existait à la partie inférieure et latérale droite de la poitrine, circonstance peu commune dans les doubles incurvations de la colonne vertébrale, nécessita quelques modifications dans l'application des appareils. Ainsi un coussin en forme de coin, placé transversalement, et obliquement de dedans en dehors, sur la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine avait sa base à droite et elle était séparée par l'épigastre seulement (pour éviter de le comprimer) de la base d'un autre coussin semblable placé à la partie antérieure et latérale droite. Tous deux

étaient soumis à l'action de la même puissance. Ce changement fut adapté au lit et au fauteuil pour une scoliose double, avec incurvation dorsale à gauche et lombaire à droite. (Voir la description et les planches de ces appareils).

On pourra juger combien cette difformité était énorme quand on saura que, diminuée de plus de moitié, après onze mois de traitement, elle était encore, mesurée à l'Hybomètre le 24 avril 1826, dans l'état suivant.

Hauteur, sans corset avec les béquilles, cinq pouces; rechute, un pouce.

Extrémité inférieure du membre thoracique droit rapprochée du sol de vingt pouces cinq lignes.

Celle du gauche de vingt-deux pouces huit lignes.

Mesure horizontale supérieure élevée de trois pieds neuf pouces.

Diamètre transversal du corps de droite à gauche, dix pouces dix lignes.

Diamètre antéro-postérieur vers les points les plus saillans huit pouces dix lignes.

Partie antérieure de la poitrine située plus en avant que la droite de sept lignes.

Partie postérieure gauche plus antérieure que droite de dix lignes un tiers.

Dépression du sternum, comparée au point

antérieur le plus saillant, mesurant quinze lignes.

Bras droit plus postérieur que le gauche d'un pouce cinq lignes.

Mesure horizontale inférieure élevée de trois pieds trois pouces. A cette hauteur, le diamètre transversal du corps de droite à gauche était de de neuf pouces sept lignes un tiers et l'antéro-postérieur, mesuré aux parties les plus saillantes, de sept pouces trois lignes trois quarts.

Partie antérieure gauche de la poitrine plus antérieure que la droite de trois lignes, et la partie postérieure droite dépassant la gauche en avant de cinq lignes et demie.

Bras droit porté plus en arrière que le gauche de cinq lignes un tiers.

Dans le courant du mois de mai 1826, la menstruation s'établit naturellement et sans douleur. On passa de suite aux fortifians dans les premiers jours de juin, sans obtenir d'abord de succès bien marqués quant à la gibbosité, mais l'état constitutionnel était devenu excellent et jamais une jeune personne n'avait pu présenter l'apparence d'une plus belle santé. Toutes les fonctions étaient rétablies et dans l'état le plus satisfaisant.

Après dix mois de l'usage le plus soutenu du régime fortifiant, les choses avaient bien changé. La gibbosité s'était effacée; la consolidation des

parties était telle qu'il n'y avait qu'une ligne de rechute et, lorsqu'en avril 1827 Mademoiselle M*** quitta l'établissement, il fallait un œil bien exercé pour reconnaître qu'elle avait été difforme.

De retour chez ses parens, où elle suivait le traitement de précaution que je ne manque jamais de recommander, une imprudence faillit lui coûter la vie, ou du moins lui faire perdre le fruit de tant de peines et de sacrifices. Un jour qu'on lui faisait prendre une douche on employa de l'eau glacée sortant d'un puits très-profond. Elle éprouva sur-le-champ un saisissement très-vif; une fièvre intermittente s'établit; la menstruation se supprima et la santé fut dérangée pendant plus de huit mois. Cependant mademoiselle M*** fut assez heureuse pour n'éprouver aucune rechûte de sa difformité; sa santé finit par se rétablir et actuellement elle est mariée et fort bien portante.

ONZIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE AVEC INCURVATION A GAUCHE.

AGITATION NOCTURNE PRODUITE PAR UNE CONGESTION CÉRÉBRALE OCCASIONNÉE PAR LA POSITION HORIZONTALE, DISSIPÉE PAR UNE LÉGÈRE INCLINAISON DU LIT.

Traitement commencé en mai et terminé en septembre 1824.

Guérison complète.

Mademoiselle H. B***, de Sainte-Hermine, département de la Vendée, fut reçue dans notre établissement pour y être traitée d'une légère incurvation de la colonne vertébrale, à la région dorsale, avec convexité à droite.

Cette jeune personne âgée de quinze ans et demi, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament sanguin, n'avait encore éprouvé aucun de ces accidens généraux qui accompagnent presque toujours les déviations vertébrales. Sa santé ne laissant donc rien à désirer, elle fut de suite soumise au traitement ordinaire des difformités.

Sa mère, qui ne la quittait jamais, s'apperçut plus d'une fois que son sommeil était agité, inquiet, et, dans le commencement, elle crut devoir attribuer ces effets à l'application des appareils et à la gêne qui en résultait. Cependant, ayant observé que rien de semblable n'avait lieu chez les autres malades de l'établissement, quoiqu'elles dûssent y être également exposées, elle prit le parti de réveiller sa fille dans un moment où, agitée plus que de coutume, elle poussait des cris aigus. La jeune personne parut aussi surprise de la présence de sa mère auprès de son lit, à l'heure qu'il était, que des questions qu'elle lui adressa sur le mal qu'elle ressentait et qui la portait à se plaindre de la sorte. Elle ne souffrait nullement, disait-elle, et n'avait pas même fait de mauvais rêves. Enfin cet état de choses continuant, et madame B*** ne pouvant parvenir à en savoir davantage, elle prit le parti de nous en prévenir, et nous pria de nous convaincre par nous-mêmes de la vérité de son récit.

En effet la scène se renouvella en notre présence : la jeune personne eut, comme d'ordinaire, un sommeil très-agité, des plaintes, même des cris, revenant par intervalles, annonçaient un état de souffrance véritable. La face était rouge et animée. A son réveil, mademoiselle B*** nous

répondit, comme toujours, qu'elle n'éprouvait de mal nulle part et que l'on ferait beaucoup mieux d'aller dormir et de la laisser dormir elle-même.

Ce que nous avions observé nous donna l'idée que tous ces phénomènes devaient dépendre d'une congestion cérébrale dans laquelle la position horizontale pourrait bien avoir une très-grande part. Nous fîmes donc donner à la planche sur laquelle tous les appareils étaient appliqués, une inclinaison assez marquée, et les accidens ne reparurent plus.

Le traitement, qui n'avait pas été interrompu un seul instant, fut continué. En trois mois, la gibbosité disparut par l'usage des appareils et des émolliens et, à ceux-ci, succédèrent pendant trois autres mois les fortifians qui confirmèrent la guérison : une des plus complètes que nous ayons obtenues.

Un seul motif nous a déterminé à rapporter cette observation d'un cas très-simple et dénué d'intérêt par lui-même, c'est cette circonstance de l'agitation nocturne occasionnée par la position horizontale. Si on eût persisté dans l'emploi des mêmes moyens, en ne tenant aucun compte des accidens faciles à expliquer par la jeunesse du sujet ou son irritabilité, la congestion pouvait augmenter et avoir des résultats fâcheux. En

admettant qu'elle n'eût fait que continuer, elle aurait toujours fini par porter au comble les inquiétudes de la mère, par nous en causer à nous-mêmes, et on aurait suspendu le traitement. La possibilité de changer de position, en suspendant l'emploi des appareils, aurait sans doute ramené le calme, mais le traitement était accusé de tous les accidens, avec de grandes apparences de probabilité. On a vu qu'il ne s'agissait que de découvrir la vraie cause de tous les phénomènes, pour les faire cesser avec la plus grande facilité.

A la lecture de cette observation, il n'est pas un praticien qui ne reconnaisse, dans le seul point saillant qu'elle présente, une de ces circonstances assez communes, et cependant toujours bonnes à signaler, où, une cause d'accidens, légère et facile à détruire venant à être méconnue, on est exposé à tomber dans de graves erreurs, soit que l'on s'ôte pour l'avenir la ressource de moyens utiles que l'on condamne à tort, soit que l'on emploie un traitement inutile ou dangereux.

DOUZIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE,

SUR UN SUJET AGÉ DE TRENTE ANS.

SAILLIE DU STERNUM DÉSIGNÉE PAR LA DÉNOMINATION VULGAIRE D'ESTOMAC DE CHAPON.

Traitement commencé en juin 1826, terminé en juillet 1828.

Redressement de plus des deux tiers de l'incurvation.

Mademoiselle D. P*** , de Lisieux , département du Calvados , entra dans notre établissement, âgée de trente ans et quelques mois. Elle nous donna sur son état les renseignemens qui suivent :

Jusqu'à l'âge de douze ans, elle n'avait pas encore présenté la plus légère apparence de déviation de la taille ; ce ne fut que quelque temps après , et à la suite d'une fièvre lente d'une durée assez prolongée, que son corps parut s'incliner à gauche, ce que l'on attribua à la faiblesse occasionnée par la maladie antécédente. Malgré

toute la surveillance d'une mère tendre et vigilante, malgré les exhortations réïtérées à se tenir bien, à ne pas se pencher de côté, la difformité augmenta, et un jour que l'on voulut voir les choses avec attention et examiner le dos à nud, on s'aperçut d'une très-grande différence de volume entre les deux épaules.

Alors vinrent les consultations, le traitement par les amers pour remédier au vice scrophuleux, considéré comme la cause unique de tout le mal, les maux d'estomac suite du traitement, les corsets et la gymnastique partielle pour arrêter les progrès du mal qui n'en continua pas moins d'augmenter. La santé, déjà considérablement détériorée devint de plus en plus mauvaise et Mademoiselle P***, difforme à l'excès, souffrante de toutes manières, arriva ainsi à l'âge de trente ans.

A cette époque, elle entendit parler de divers établissemens formés en France pour redresser les déviations de la taille et notamment de celui de Morley. Elle nous écrivit alors pour nous faire part de son affreuse situation, du dégoût de la vie que toutes ses souffrances lui inspiraient, et du désir ardent qu'elle éprouvait d'être au moins soulagée, si, comme elle le présumait, son âge ne lui permettait pas d'espérer une guérison complète.

Notre réponse fût, que nous étions tout disposé à la recevoir, bien que nous n'eussions jamais eu à traiter quelqu'un de son âge; qu'au surplus, nous n'aurions probablement à nous repentir, ni l'un ni l'autre, de cette tentative, puisqu'une jeune personne de vingt-six ans, traitée par nous pour une affection analogue, avait vu sa santé se rétablir et sa difformité diminuer considérablement. Il n'en fallut pas davantage pour la décider et elle vînt à Morley dans le courant de juin 1826.

L'état général était des plus mauvais et tel qu'on l'observe chez une grande partie des individus atteints de gibbosités déjà anciennes. Nous avons esquissé, un assez grand nombre de fois, le tableau de tous les symptômes qu'ils présentent pour qu'il soit inutile d'y revenir. Le symptôme qui dominait ici était une douleur dorsale tellement fatiguante qu'elle obligeait la malade à passer une bonne partie de la journée dans une position horizontale. Les règles qui s'étaient montrées à l'âge de dix-sept ans, pour la première fois, ne revenaient plus que d'une manière irrégulière et en très-petite quantité. Il existait une fièvre lente revêtant souvent le caractère intermittent.

Passant à l'examen de la gibbosité, nous observâmes une incurvation dorsale, à convexité à droite, étendue de la sixième vertèbre cervicale

à la première lombaire, tellement prononcée que l'épine, à compter de la deuxième jusqu'à la neuvième dorsale, se dérobait à toute recherche, tandis que la masse des sacro-lombaire et long dorsal, sortie de sa gouttière, formait une colonne très-proéminente et d'une dureté remarquable.

Poussées en dehors et en arrière par l'incurvation du rachis, les côtes qui se trouvaient pliées, pour ainsi dire, vers leur tiers postérieur, de manière à former un angle de moins de quarante-cinq degrés, représentaient par leur réunion une arête véritable dirigée de haut en bas, légèrement convexe en dehors et sur laquelle la peau était très tendue et amincie.

A l'opposé, c'est-à-dire, du côté concave, elles avaient été entraînées par l'incurvation et déformées de manière à être légèrement aplaties et concaves en arrière. Au centre de la courbure qui formait un creux considérable, elles chevauchaient les unes sur les autres, de telle manière que le creux de l'aisselle et la crête iliaque n'étaient éloignés que de trois pouces six lignes. Dans cet intervalle, les muscles grands dentelés et très-larges du dos semblaient s'être détachés, et formaient comme des faisceaux qui tiraient l'épaule en bas. Le scapulum du côté correspondant était porté en avant et en dedans, tandis que celui du

côté opposé l'était en arrière et en dehors, et que son angle inférieur, soulevé par le centre de la gibbosité, ajoutait encore à son volume.

L'extrémité supérieure de la courbure poussait les vertèbres cervicales à gauche et en devant, d'où résultait naturellement une inclinaison de la tête de ce côté. La fesse gauche était dirigée obliquement en arrière, et celle du côté droit en avant.

Des désordres aussi manifestes s'observaient à la région antérieure du corps. L'épaule droite était portée en arrière et en haut, et la clavicule correspondante se trouvait dans une direction très-oblique. Au côté opposé, les mêmes parties présentaient une disposition inverse. Le sternum dirigé obliquement, beaucoup plus antérieur inférieurement que supérieurement, recevait, de droite et de gauche, l'insertion de ses cartilages qui y arrivaient de derrière en devant et de dehors en dedans, paraissant le pousser en avant, et constituant par là cette difformité vulgairement désignée sous le nom d'estomac de chapon. Elle était beaucoup plus prononcée en bas qu'en haut.

Le côté droit de la poitrine était large et aplati inférieurement, tandis que l'autre était étroit et convexe. Les seins, à peine apparens, étaient placés à des hauteurs inégales, l'un en dehors, l'autre au devant de la poitrine. Le bras gauche,

très-écarté du corps, était plus rapproché du sol de cinq pouces et frottait constamment sur la hanche gauche qui était très-saillante et déjettée en arrière. Une disposition inverse existait aux mêmes parties du côté opposé.

On concevra sans peine, d'après de si grands changemens dans la disposition des parties extérieures, combien les organes intérieurs devaient être gênés et quel dérangement devait s'ensuivre dans les fonctions. Cela suffisait bien pour expliquer les souffrances de la malade et la détermination qu'elle avait prise de tout tenter pour se procurer quelque soulagement.

Les indications de traitement étaient plus faciles à concevoir qu'à remplir. Il s'agissait bien d'une simple courbure dorsale, mais, au lieu d'une convexité arrondie des côtes, nous avions une crête saillante sur laquelle la planche ordinaire pour les gibbosités ne pouvait être appliquée sans s'exposer à la compression et à l'ulcération des tégumens. Il fallait donc, sous ce rapport, une modification des appareils ordinaires. On avait encore à s'occuper de la forme vicieuse du sternum proéminent en avant en estomac de poulet, et en même temps des saillies de la partie inférieure et antérieure de la poitrine. Tous ces appareils devaient être adaptés au lit, au fauteuil, au corset; ils le

furent en effet et avec le succès le plus heureux. Voyez la description des lit et fauteuil orthorachidiques pour une scoliose dorsale avec incurvation à gauche et saillie du sternum, *en estomac de chapon.*

Mademoiselle P*** fut soumise au traitement ordinaire, avec cette différence que les bains de vapeurs au lieu de durer quinze minutes étaient administrés pendant une demi-heure. Quant aux appareils, elle eut beaucoup de peine à s'y accoutumer vu son âge, son état de souffrance et de maigreur extrêmes; mais à tous ces obstacles, elle opposait un courage invincible contre lequel nous avions nous-mêmes à lutter quelquefois, car si nous eûmes cédé à ses instances, elle nous eût forcé à précipiter le traitement, tandis que nous n'arrivâmes qu'après deux mois à l'application de tous les moyens mécaniques. Au bout de quatre mois, nous avions peu gagné sous le rapport de la difformité, mais la santé s'était considérablement améliorée. Une fièvre intermittente tierce vint entraver pendant quelque temps cette marche satisfaisante des choses et ramener une partie des accidens que nous avions éloignés. Heureusement, ce n'était qu'une récidive d'une double tierce de l'année précédente dont les accès étaient beaucoup plus intenses et plus pro-

longés, en sorte que celle-ci, après avoir été attaquée à trois ou quatre reprises par le sulfate de kinine, finit par disparaître tout-à-fait et fut remplacée par une convalescence d'environ un mois.

Le traitement suspendu, à cette occasion, pendant environ trois mois, fut repris avec un courage nouveau, et aucune indisposition ne vint plus l'entraver. L'état général s'amenda au point de ne plus rien laisser à désirer; l'arête formée par les côtes devint de moins en moins tranchante, la partie antérieure de la poitrine, auparavant si saillante, s'affaissa par degrés et on vit diminuer progressivement l'énorme creux du côté gauche de la poitrine.

Quatorze mois après son entrée à Morley, Mademoiselle P*** fut mise à l'usage des fortifians et les continua pendant neuf autres mois, ce qui améliora sa santé et augmenta les progrès de la cure locale. La gibbosité postérieure était diminuée de plus des deux tiers, et la forme de la partie antérieure de la poitrine était redevenue à-peu-près naturelle.

Mademoiselle P*** quitta l'établissement, après vingt-trois mois de traitement, jouissant d'une santé parfaite et ne présentant plus qu'une difformité peu remarquable, au lieu de l'affreuse

gibbosité qu'elle portait. Elle ne savait comment nous exprimer sa reconnaissance pour le service que nous lui avions rendu en la mettant à même de rentrer dans la société, où elle pouvait désormais paraître sans exciter un sentiment de compassion.

Plusieurs lettres qu'elle nous a adressées depuis sa sortie de l'établissement, c'est-à-dire depuis environ trois ans, nous ont appris que tous les avantages qu'elle avait retirés de son séjour à Morley s'étaient conservés jusqu'à ce jour, ce qui ne nous permet pas de douter de la solidité de sa guérison.

TREIZIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE AVEC INCURVATION TRES-FORTE A GAUCHE.

DOULEURS TRÈS-VIVES DU COU ET DE LA POITRINE PRODUITES PAR LA COMPRESSION DES NERFS CERVICAUX, ET GUÉRIES PAR LE REDRESSEMENT DE LA TÊTE AU MOYEN DU CASQUE.

Traitement commencé en septembre 1822 et terminé en avril 1824.

Redressement des deux tiers de la déviation.

Mademoiselle L. C*** de Matha, près de Saint-Jean d'Angely, département de la Charente-inférieure, arriva jusqu'à l'âge de huit à neuf ans sans que ses parens s'aperçussent de la plus légère irrégularité dans sa taille. Mais alors elle commença à se pencher, ce qu'on attribua, comme de coutume, à de mauvaises positions en écrivant, en brodant, etc. Les médecins du pays, consultés par les parens, déclarèrent que cela ne serait rien, et

qu'en grandissant tout cela disparaîtrait. La difformité augmentant au lieu de diminuer, l'inquiétude des parens s'accrût également et, après quelques consultations en province, ils allèrent s'adresser aux praticiens les plus fameux de la Capitale.

Toutes ces démarches aboutirent aux mêmes résultats que ceux que nous avons déjà fait connaître dans d'autres observations. Après un traitement par les amers et anti-scorbutiques qu'il fallût cesser et reprendre plusieurs fois; après divers exercices de gymnastique partielle et l'usage d'un corset, fabriqué d'après les meilleures indications, la gibbosité n'en continua pas moins à faire des progrès, la santé alla toujours en dépérissant et les parens, qui entendirent parler de Morley, finirent par y amener leur fille en septembre 1822.

Cette jeune personne était alors âgée de vingt ans. Sa santé était dans l'état le plus déplorable; elle offrait, au plus haut degré d'intensité, tous ces symptômes de souffrance et de dépérissement qui sont la suite fréquente de certaines gibbosités et ses traits portaient l'empreinte d'une vieillesse anticipée. La menstruation était peu abondante et avait lieu d'une manière irrégulière.

Quand Mademoiselle C*** était droite ou assise, sa tête était vacillante; elle lui semblait un far-

deau insupportable et des plus difficiles à soutenir. Si elle persistait quelque temps à vouloir conserver l'une des deux positions dont nous venons de parler, il en résultait une douleur vague et très-fatiguante qui, commençant dans le cou, s'étendait de là aux épaules, aux bras et à toute la périphérie de la poitrine. Arrivée à son summum d'intensité, cette douleur déterminait des battemens de cœur très-violens, une coloration insolite du visage, de l'oppression et une très-grande difficulté de parler. Enfin, si la malade ne se couchait pas, le visage devenait pâle et la syncope arrivait.

Examinée avec attention, la difformité nous présenta les faits suivans.

Partie antérieure gauche de la poitrine saillante, convexe, très-étroite, configurée de telle manière que sa partie externe se portant de suite de devant en arrière et de dehors en dedans ; le côté se trouvait sur ce point confondu avec le dos, ce qui formait une surface fortement déprimée, concave, résultant du rapprochement des côtes dont plusieurs chevauchaient l'une sur l'autre, et au milieu de laquelle on voyait saillir, dans une direction verticale, les faisceaux charnus du grand dentelé et du très-large du dos.

Partie opposée de la poitrine beaucoup plus

large, aplatie et déprimée dans la même proportion.

Sternum dirigé obliquement à gauche et en bas.

Partie postérieure de la poitrine très-convexe, plus dans la partie supérieure que dans l'inférieure; de là, gibbosité énorme augmentée par la saillie du scapulum; incurvation si considérable que six vertèbres dorsales échappaient à l'exploration la plus attentive; saillie des côtes en forme d'arête.

Disposition des seins, des clavicules et des extrémités supérieures tout entières, telle qu'on l'observe dans l'espèce de difformité dont il s'agit.

Hanche gauche très-saillante, portée en arrière, par conséquent torsion jointe à l'inclinaison latérale.

En s'adressant à nous, mademoiselle C*** ne se montra pas exigeante : elle n'espérait pas, disait-elle, guérir de sa gibbosité qu'elle regardait comme trop volumineuse et trop ancienne; mais elle désirait en voir borner les progrès et retirer du traitement un avantage qu'on lui avait dit en être un résultat constant : l'amélioration de sa santé. Elle souhaitait avec ardeur, et par-dessus tout, être débarrassée des douleurs qui étaient déterminées par la position verticale du tronc, et

pouvoir se tenir assise ou debout sans en éprouver d'inconvénient. Il nous était difficile de ne pas nous rendre à ses instances, et encouragé par les bonnes dispositions morales qu'elle nous témoignait, nous nous déterminâmes à entreprendre le traitement, malgré que l'état général laissât peu de chances de succès : seulement nous fûmes très-réservé sur le pronostic.

Mademoiselle C*** fut donc soumise à l'action des appareils usités à cette époque, fauteuil et lit : la pression fut exercée à l'aide des moyens dont nous nous servions alors. Les bains, les douches, les frictions, le massage furent employés.

Tant que nous ne fîmes usage que des supports dans le fauteuil et des brassières dans le lit, notre malade éprouva du soulagement; mais du moment où les presses furent appliquées, soit dans le fauteuil, soit dans le lit, les douleurs reparurent au cou et se propagèrent, comme cela était ordinaire, aux bras et à toute la circonférence de la poitrine. Averti de cet accident, nous essayâmes de le calmer par les moyens appropriés; tous échouèrent et n'apportèrent même pas le plus léger soulagement.

Il nous vint à l'esprit que ce phénomène qui, bien que rebelle aux antispasmodiques, n'en

résidait pas moins dans le système nerveux, pouvait bien dépendre de la compression des nerfs des paires cervicales à leur passage dans les trous de conjugaison. Pour nous éclairer sur ce point douteux, nous fîmes placer la jeune personne dans son fauteuil, et assis en face d'elle, nous nous préparâmes à bien examiner ce qui surviendrait.

Pendant un quart-d'heure qu'elle fut assise et soulevée par les supports, mais sans pression, elle se trouva très-bien. Nous fîmes alors appliquer les presses, et cinq minutes après, mademoiselle C*** nous dit qu'elle sentait la douleur arriver, (elle partait du côté gauche, d'un endroit qui correspondait à la quatrième ou cinquième vertèbre cervicale et son doigt indiquait précisément cette place). En effet, elle se propagea à toutes les parties qu'elle avait coutume d'envahir. Prenant alors la tête entre les mains, nous la soulevâmes modérément et la douleur disparut d'une manière soudaine; elle revint un instant après, parce que nous avions abandonné la tête. A deux reprises différentes, nous recommençames l'expérience, et nous eûmes toujours le même résultat. Laissant alors reposer la jeune personne dans son fauteuil, nous suspendîmes la pression provisoirement.

Le soir même, quand mademoiselle C*** fut couchée, nous recommençâmes la même épreuve dans le lit et, par ses résultats analogues à ceux de la journée, nous demeurâmes convaincu que les ligamens du cou étaient relâchés et que, par suite de cette disposition, les vertèbres comprimaient une ou deux paires de nerfs cervicaux et déterminaient les accidens singuliers qui avaient fixé notre attention et compliqué l'état maladif de notre jeune personne.

L'indication était précise; elle se réduisait à soutenir la tête dans sa position normale, et à déterminer une légère extension, si le besoin l'exigeait. C'est à cette occasion que le casque dont nous ne nous étions jamais servi, mais dont nous avions déjà senti la nécessité dans d'autres cas, fut confectionné. Voyez la description des appareils orthorachidiques pour une scoliose dorsale, avec incurvation très-forte à gauche, douleurs très-vives du cou et de la poitrine produites par la compression des nerfs cervicaux et guéries par le redressement de la tête au moyen du casque.

Il fut adapté au fauteuil et au lit et plus tard sur d'autres sujets, nous pûmes, à l'aide de diverses combinaisons, nous en servir pour exercer un certain degré d'extension en agissant seulement sur la colonne cervicale.

Le casque produisit chez Mademoiselle C***
l'effet que nous en attendions; il fut possible d'appliquer les presses et elles cessèrent d'être incommodes : enfin on put donner toute l'extension possible au traitement qui fut soutenu avec une persévérance au-dessus de tout éloge. La malade ne tarda pas en recueillir les fruits. L'appétit et les forces revinrent; le sommeil devint calme, la respiration plus facile, la voix reprit de la force et de l'extension. On ne peut se figurer la satisfaction qu'éprouva Mademoiselle C***, qui était bonne musicienne, lorsque, pour la première fois depuis quatre ans, elle put chanter une romance. Son teint se colorait, ses yeux brillaient de joie à la seule pensée du bonheur que sa mère éprouverait en apprenant les heureux changemens survenus dans la santé d'une fille chérie.

Si nous avions obtenu une grande amélioration dans l'état général, il n'en était pas de même à beaucoup près pour la difformité qui ne nous avait donné que quatre lignes d'élongation en six mois. Soupçonnant que cela pouvait tenir à un état d'éréthisme ou de roideur des parties, nous eûmes l'idée d'employer, pour le faire cesser, des bains d'étuve généraux. La malade étant couchée horizontalement, on dirigeait la vapeur de bas en haut sur tout le corps et principalement

sur la région dorsale : comme elle avait beaucoup de courage, elle les prolongeait autant que ses forces le lui permettaient.

Nous ne fûmes pas long-temps sans appercevoir les effets avantageux de ce moyen. Au huitième bain, il y avait six lignes d'élongation, et, au bout d'un mois, on en avait gagné treize. Nous reprîmes le traitement ordinaire qui avait été suspendu pendant quelque temps, et les progrès devinrent très-rapides.

Malheureusement les parens de cette jeune personne souffrant impatiemment son absence, et empressés de la voir dans cet état de santé prospère que toutes ses lettres leur annonçaient, se décidèrent à la retirer de l'établissement beaucoup plus tôt qu'ils n'auraient dû le faire. Ils nous prévinrent qu'ils s'estimaient infiniment heureux s'il existait en réalité, chez une enfant qui leur avait causé tant de chagrins, moitié seulement des changemens qu'elle leur annonçait; que, dans cette hypothèse, le traitement avait dépassé de beaucoup leurs espérances; mais que dans tous les cas, ils étaient décidés à ne nous la laisser que pendant quelques mois encore.

Il nous fallut donc cesser les émolliens sur le champ, et passer aux fortifians, qui furent continués pendant cinq mois.

Au bout de ce temps, mademoiselle C*** sortit de l'établissement où elle était restée dix-neuf mois. A son départ, sa difformité avait diminué de moitié; sa santé était excellente; elle pouvait, sans que sa respiration en fût gênée, parler long-temps à haute voix, chanter des morceaux difficiles et soutenir des promenades à pied de plus d'une lieue. Elle fit le voyage sans en éprouver la plus légère fatigue et, à son arrivée, elle excita la plus vive surprise chez toutes les personnes qui l'avaient vue jadis souffrante et horriblement contrefaite.

Des lettres qui nous ont été écrites par Mademoiselle C*** à diverses époques, et d'autres renseignemens indirects que nous avons reçus sur le compte de cette demoiselle nous ont appris que l'amélioration de sa santé allait toujours croissant et que, sous le rapport de la difformité, elle n'avait rien perdu des avantages qu'elle avait obtenus chez nous.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

RELACHEMENT DES LIGAMENS VERTÉBRAUX A L'ENDROIT DE L'INCURVATION ET, PAR SUITE, COMPRESSION DE QUELQUES PAIRES DE NERFS DORSAUX.

Traitement commencé en août 1823, terminé en octobre 1824.

Redressement presque complet.

Madame C***, de Paris, âgée de 26 ans et demi, vint, dans le courant de juillet 1823, à notre établissement, dont elle avait entendu parler dans la capitale, et elle nous donna, sur les antécédens de sa santé, les renseignemens suivans.

Ce n'était qu'à l'âge de quatorze ans que ses parens s'étaient aperçus de quelque changement dans la régularité de sa taille. On consulta plusieurs médecins et on fit inutilement tout ce que recommandaient les consultations. La santé fut

peu sensiblement altérée, mais la déviation alla toujours croissant jusqu'à l'âge de seize ans où, l'éruption menstruelle s'étant faite, ses progrès s'arrêtèrent tout-à-fait. Dès ce moment on cessa tout traitement interne et on se borna à l'usage d'un corset qui fut porté habituellement.

A dix-neuf ans, Madame C*** se maria et eut, dans l'année même, un enfant qu'elle nourrit pendant quelque temps; mais elle fut obligée de cesser parce que sa santé en était dérangée. Au bout de sept mois, nouvelle grossesse qui se passa fort heureusement; mais après l'accouchement, il survînt des douleurs de dos très-intenses, et peu de temps après la déviation augmenta. Les douleurs dorsales étant insupportables et l'accroissement de la gibbosité causant de vives inquiétudes, Madame C*** consulta plusieurs médecins sur son état. Un régime adoucissant fut conseillé par tous ces Messieurs, ainsi que l'usage du lait d'ânesse, moyen sur lequel on insista particulièrement, parce qu'une toux fatiguante existait depuis quelques mois. Sous l'influence de ce régime, la toux diminua, mais non les douleurs qui, devenues intolérables, décidèrent la malade, d'après l'avis de son médecin particulier, à aller chercher du soulagement dans un établissement orthopédique formé à l'une des extrémités de la capitale.

Immédiatement après son entrée dans cette maison (c'était deux ans après son second accouchement), Madame C*** fut placée sur le lit mécanique qui y était employé, et resta en traitement pendant cinq mois entiers sans éprouver d'autre amélioration que celle du moment. Ainsi, tant que durait l'extension, il y avait élongation et suspension des douleurs; cessait-elle, les choses revenaient à leur état primitif et les douleurs recommençaient. La patience de la malade étant épuisée, elle prit des renseignemens sur l'établissement de Morley, dont on lui avait parlé, nous écrivit pour nous demander une place et, sur notre réponse affirmative, y arriva bientôt avec ses deux enfans vers le 19 juillet 1823.

Ses traits étaient altérés; son maintien, sa physionomie annonçaient un état de souffrance général : elle avait tous les signes d'une constitution délicate et d'un tempéramment éminemment lymphatique. Les fonctions de l'estomac étaient dérangées, et l'appétit détruit; mais les organes les plus souffrans étaient ceux de la poitrine. Une toux sèche et continuelle, de l'oppression, des palpitations fréquentes pouvaient inspirer des craintes sérieuses pour l'avenir.

La difformité était une incurvation du rachis dans la région dorsale, à convexité à droite,

peu considérable, quoiqu'elle eût déterminé une courbure assez prononcée des côtes dans leur partie postérieure et un soulévement de l'omoplate correspondante. Tous les déplacemens résultants de la déviation vertébrale, comme l'inégalité de hauteur des bras, des seins, etc., s'observaient, mais à un dégré peu prononcé comme la gibbosité qui les avait produits.

Cette dame nous dit que l'envie de guérir d'une difformité d'ailleurs peu considérable, n'aurait jamais suffi pour la décider à un traitement long, dispendieux, et qui l'obligeait à quitter sa maison, mais qu'elle y avait été déterminée par l'espoir de voir rétablir sa santé et surtout de faire cesser une douleur à laquelle elle en attribuait le délâbrement, douleur qui ayant son siége fixe et habituel dans le centre de la concavité de la courbure, irradiait de là partout le dos et jusques dans les lombes. Elle redoutait beaucoup les suites de ce mal, qui allait toujours en croissant, et se croyait obligée, en sa qualité de mère, d'en remplir le premier devoir, celui de se conserver pour ses enfans.

Aussitôt que madame C*** fut suffisamment reposée de son voyage, on fit usage pour elle des moyens ordinaires de traitement. Elle fut soumise à la pression dans le fauteuil et dans le

lit. Nous rappelant tous les avantages que nous avions obtenus, dans un cas de compression des nerfs rachidiens, (voyez l'observation précédente), de l'emploi du casque, nous espérâmes, à l'aide de ce moyen, calmer les douleurs dorsales, symptôme dominant; le seul même que nous dûssions avoir en vue, puisque lui seul occupait madame C*** et l'avait déterminée à venir nous trouver. Mais notre espoir fut déçu, et nous comprîmes alors comment la malade n'avait retiré aucun avantage de l'extension par le lit de Wurtzbourg.

Après mille essais de tout genre, témoin assidu de leur inutilité et presque découragé du peu de succès que nous en obtenions, nous imaginâmes de placer une sangle sous l'aisselle gauche, de manière que son bord supérieur portant immédiatement contre la partie la plus élevée de cette région, le milieu s'appliquât et pût avoir action sur la partie supérieure et latérale correspondante de la poitrine : en même temps, nous plaçâmes une autre sangle sur la partie latérale gauche du bassin, pour le déjetter et repousser à droite; cette sangle agissait donc dans le même sens que la supérieure. A ces deux forces, disposées aux deux extrémités du levier, nous en opposâmes une autre que nous appliquâmes au milieu, c'est-

à-dire, sur la partie moyenne et latérale droite de la poitrine. Quand nous vînmes à serrer les sangles, la malade s'écria, je suis guérie ou je guérirai, car vous avez découvert la cause de mon mal, ma douleur est passée. Nous cessâmes les pressions et elle se reproduisit; nous la fîmes disparaître de nouveau par une manœuvre inverse, enfin deux ou trois épreuves et contr'épreuves réitérées à l'instant même démontrèrent à la malade et à nous-mêmes qu'en effet la cause du mal étant découverte, il y avait presque certitude de guérison. Dans ce cas, comme dans celui qui est rapporté dans l'observation précédente, un relâchement local des ligamens rachidiens avait déterminé, dans les os, un changement de rapport d'où résultaient la compression de quelques paires de nerfs et la douleur qui affligeait madame C***. Chez l'une des malades, j'avais réussi en redressant le lévier par une traction exercée sur l'une de ses extrémités; chez l'autre, le mal étant situé vers le centre de ce même lévier, je n'avais pu arriver au même résultat que par la pression latérale; nouveau sujet de réflexion sur les effets de la compression comparés à ceux de l'extension.

Eclairé suffisamment sur la marche à suivre dans la confection des machines qu'exigeait la

circonstance, nous supprimâmes nos sangles qui n'étaient pour ainsi dire, qu'un moyen d'exploration, et nous fîmes faire un appareil, dont nous nous a bstiendrons de donner la description, qui remplît parfaitement toutes les indications. On conçoit très-bien quel devait être son mode d'action.

Madame C*** resta pendant six mois au traitement émollient, soumise à l'action d'appareils qui avaient fait disparaître une cause de souffrance ancienne, et qui amenèrent, dans la gibbosité, des changemens assez rapides pour que l'on passât promptement au traitement fortifiant. Après l'avoir continué sept mois, ce qui fait en tout quatorze mois de séjour à Morley, cette dame nous quitta très-satisfaite de sa santé, qui ne lui laissait plus rien à désirer et conservant très-peu de chose d'une difformité dont elle n'avait pas même osé espérer la guérison.

De retour chez elle, elle devint mère deux fois dans l'espace de trois ans et conserva pendant ces deux grossesses, comme après l'accouchement, toute l'amélioration qu'elle avait obtenue.

QUINZIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

Traitement commencé en juillet 1825; sortie de l'établissement et redressement des trois quarts de la gibbosité en août 1826.

RECHUTE AU BOUT DE PEU DE MOIS.

RETOUR A MORLEY EN JANVIER 1828 ;

NOUVEAU TRAITEMENT REPRIS A CETTE ÉPOQUE ET TERMINÉ EN JUILLET 1829.

Redressement presque complet de la déviation vertébrale.

Mademoiselle C. V***, d'Anvers, entra dans notre établissement le 15 juillet 1825, amenée par ses parens qui nous donnèrent, sur son compte, les renseignemens suivans.

Tout en venant au monde, leur enfant avait présenté une conformation du tronc peu en rapport avec celle des extrémités : ainsi le buste était

très-long et les cuisses, ainsi que les jambes, très-courtes. Quoique que le médecin de la maison, consulté à ce sujet, eût cherché à rassurer les parens sur cette disposition qui, selon lui, était naturelle chez les enfans nouveaux-nés, leur inquiétude à cet égard ne fut point calmée et ils furent toujours en souci sur le compte de leur petite fille qui, d'ailleurs, était grêle, délicate, difficile à élever, et chez laquelle les phénomènes de la dentition marchèrent d'une manière lente et indécise qui dénote une faible constitution.

La deuxième dentition commença à huit ans et dura deux années. C'est à peu près vers cette époque que les parens s'aperçurent pour la première fois d'un dérangement dans la taille de la jeune C***. Sa contenance n'était pas naturelle : elle se tenait alternativement sur une jambe, puis sur l'autre, et jamais le corps n'était droit et sur son à-plomb, mais presque toujours incliné à gauche, tandis que la tête était penchée en avant.

Le mal paraissant augmenter, on examina à nu le dos de l'enfant et on s'aperçut que la colonne vertébrale était légèrement inclinée à gauche, ce qui déterminait une saillie à droite; que l'épaule droite était saillante et le corps légèrement tordu. Des médecins d'Anvers, de Bru-

xelles, furent consultés et là, comme ailleurs, ils accusèrent la faiblesse de la constitution et le vice scrophuleux de tout le mal existant, et conseillèrent, pour en arrêter les progrès, un traitement interne combiné avec la gymnastique raisonnée. Trois années furent employées de la sorte, pendant lesquelles on reprit et on cessa plusieurs fois le traitement par les amers qui fatiguait l'estomac : on essaya de tous les exercices, de la poulie, de la corde tendue, de l'échelle de corde : la machine de Levacher, ou une autre équivalente fut même portée pendant long-temps ; mais, comme rien ne réussissait, on finit par se décider pour un traitement orthopédique, et ce fut l'établissement de Morley que l'on choisit.

Je passerai rapidement sur l'état général dans lequel se trouvait mademoiselle V*** quand elle entra dans notre établissement. Il suffit de dire que cette jeune personne, douée d'un tempérament lymphatique et d'une constitution débile, était dans cet état de souffrance universelle dont nous avons déjà donné mainte description. Il y avait depuis long-temps suppression de la menstruation.

Quand nous en vînmes à l'examen de la difformité, ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut l'énorme disproportion du buste avec les extré-

mités, ce qui aurait fait croire, quand mademoiselle C*** était assise, qu'elle avait une taille de cinq pieds six pouces, tandis qu'elle était moins grande précisément d'un pied. La déviation, étendue de la deuxième vertèbre dorsale à la onzième, ayant sa convexité tournée à droite, avait porté, vers le centre de la courbure, les côtes en arrière et en dehors, ce qui donnait lieu à une gibbosité peu considérable. La poitrine était fortement aplatie de devant en arrière, et le diamètre transversal présentait neuf pouces deux lignes, tandis que l'antéro-postérieur n'avait que six pouces trois lignes dans la partie correspondante à la gibbosité, et cinq pouces six lignes seulement de l'autre côté. Les côtes étaient aplaties postérieurement du côté gauche.

La torsion du tronc et le changement de position des hanches étaient sensibles.

Mademoiselle C. V*** était une de ces personnes à volonté fixe, qui pénétrées une fois d'une idée la conservent opiniâtrément, en dépit de toutes les remontrances et de toutes les observations. Elle désirait ardemment guérir, guérir complètement, et en peu de temps. La pression était le moyen dont nous nous servions; plus il serait énergiquement employé et plus tôt elle guérirait, telle était sa manière de raisonner; en conséquence elle se

serrait jusqu'à déterminer une coloration vive de la face. Nous avions beau diminuer la pression toutes les fois que nous allions lui faire visite, ce qui arrivait bien plus souvent qu'aux autres pour cette raison, nous n'avions pas quitté la chambre, qu'on resserrait les presses à tel point que la gibbosité qui semblait très-déprimée, quand la malade était prête à se placer sur les béquilles, ne tardait pas à reparaître peu d'instans après.

Une parente qui était avec elle pour lui tenir compagnie n'avait aucun empire sur elle, et ne pouvait me seconder malgré toute l'envie qu'elle en avait. La mère de la jeune personne vint la voir et cette visite, de laquelle nous pouvions attendre de bons effets, nous fut plus nuisible qu'utile. Cette dame prétendait savoir de bonne part que, dans les maisons où le lit à extension était employé, on guérissait d'autant plus vîte que l'extension était plus forte. C'était abonder dans le sens de sa fille, aussi celle-ci persista-t-elle dans son système de se comprimer fortement, mais le plus secrétement possible, car elle redoutait d'être renvoyée de l'établissement, menace dont nous nous étions vû forcé d'user pour en finir.

Le traitement marcha assez rapidement, et cela n'était pas difficile à concevoir. Au bout de six mois on passa aux fortifians, et après sept mois

de l'usage de ces derniers, mademoiselle V***, redemandée par ses parens, quitta Morley où elle avait beaucoup gagné, mais pas autant qu'elle aurait pû, si elle fût restée davantage. D'ailleurs, la consolidation ne nous paraissait pas établie comme chez toutes les autres malades qui nous quittaient : aussitôt qu'elle abandonnait les béquilles, elle retombait de six lignes. Enfin tout nous faisait redouter de voir arriver les résultats, si long-temps annoncés par nous à cette imprudente personne, d'un traitement trop précipité et d'une durée insuffisante.

Quoiqu'il en soit, elle partit fort satisfaite, munie de tous les appareils de précaution, ne doutant nullement, pas plus que sa famille, de la solidité d'une guérison, qui était fort douteuse pour nous, et après avoir bien promis de la consolider par tous les soins possibles.

Les premières nouvelles que nous reçûmes de cette jeune demoiselle furent assez satisfaisantes, et on laissa écouler ensuite un assez long temps sans nous en donner d'autres. Nous n'y pensions plus guères, lorsqu'au bout de quatorze mois une lettre de M. V*** nous apprit que sa fille était complètement retombée, que sa santé était aussi délabrée que quand elle nous était arrivée à Morley, et pour terminer il nous priait de nous

en charger de nouveau. Toute son inquiétude était de savoir si elle pourrait supporter le voyage, attendu qu'elle était plus faible que jamais. Sur notre réponse affirmative, il se mit en route avec elle et arriva chez nous le 25 décembre 1827.

La position de cette jeune personne était déplorable. Elle était d'une maigreur extrême, son teint était pâle, ses yeux éteints, ses lèvres décolorées et pendantes, enfin tous les traits altérés au point que nous aurions eu peine à la reconnaître, si elle ne fût arrivée avec son père. Toutes les fonctions étaient lésées profondément, surtout celles de la respiration et de la circulation; il y avait de fréquentes palpitations et beaucoup d'essouflement au moindre mouvement. Les jambes étaient froides, œdématiées et de couleur violacée dans leur moitié inférieure.

La difformité était bien plus forte, mais une disposition qui nous surprit beaucoup, était un enfoncement de la partie antérieure latérale et inférieure gauche de la poitrine, là où nous avions observé une saillie à l'époque de la première entrée à Morley. Cela nous expliquait bien, par la compression et la gêne du cœur, certains accidens que nous observions, tels que les palpitations, l'œdématie des extrémités, etc. mais comment un semblable changement avait-il pu s'opé-

rer ? Jamais nous n'avions observé rien de pareil et nous ne pouvions nous en rendre compte. Nous finîmes par découvrir que Mademoiselle V*** en nous quittant avait trouvé le moyen d'emporter des appareils de compression et que, de retour chez elle, elle s'en était servie sans frein ni mesure. Elle avait joint à cela les pratiques d'une dévotion très-austère, ne sortant d'une habitation malsaine et située au milieu des eaux que pour aller aux églises dont l'air n'était pas plus salubre.

Il s'agissait de recommencer un traitement bien plus incertain que le premier. La constitution était dans l'état le plus fâcheux; à la gibbosité, au moins aussi volumineuse, se trouvait jointe une difformité nouvelle, résultat de manoeuvres imprudentes. Que faire dans des chances aussi défavorables ? Abandonner la malade à la nature, c'était la vouer à une mort certaine; revenir à l'emploi des moyens mécaniques dont elle avait si étrangement abusé, c'était s'exposer à des accidens nouveaux, si on ne parvenait pas à triompher de son entêtement. Nous nous déterminâmes cependant à lui donner nos soins, après avoir obtenu de sa propre bouche l'aveu de ses torts et la promesse la plus positive de s'en rapporter aveuglément à nos seuls conseils à l'avenir

Pour cette fois le traitement interne fut joint au traitement mécanique. Il consista dans l'emploi d'analeptiques que nous variâmes et que nous avions soin de suspendre, si nous nous apercevions du plus léger symptôme d'irritation gastrique. La santé ne fut rétablie qu'au bout de six mois.

Dans ce laps de temps, nous avions aussi gagné quelque chose sur la gibbosité, mais, comme on peut le penser, nous ne pouvions agir qu'avec une extrême modération tant que la santé ne serait pas améliorée. Une fois ce résultat obtenu, il nous fût possible d'employer plus de force dans les pressions : mais, chose incroyable, l'indocilité de Mademoiselle V*** revint avec sa bonne santé; plus d'une fois nous fûmes dans la nécessité de desserrer les appareils et peu s'en fallut que la menace que nous avions faite de la renvoyer ne fut exécutée cette fois.

Les fortifians furent employés dix mois après son entrée à Morley, et elle en sortit au bout de dix-huit mois. Au moyen de ce second traitement sa santé se rétablit et se consolida; sa gibbosité fut réduite à une très-légère incurvation du rachis. Quant à la dépression de la poitrine, elle persista, quoique nous ayons pû faire pour la guérir.

Quand Mademoiselle V*** sortit de Morley, la guérison nous sembla très-solide, puisqu'après une promenade fort longue, il n'y avait pas la moindre rechûte de la taille. Plusieurs fois nous nous sommes assuré de la réalité de ces résultats et, quelque temps après son retour, nous avons eu la satisfaction de recevoir de ses parens une lettre qui nous a annoncé qu'elle avait supporté à merveille le voyage, que sa santé continuait à être florissante et qu'elle n'avait rien perdu des avantages obtenus dans le second traitement

SEIZIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

ATONIE MUSCULAIRE. RELACHEMENT DES LIGAMENS.

Traitement commencé en août 1826, terminé en novembre 1828.

Redressement presque complet.

Mademoiselle L. M***, âgée de quatorze ans, de Paris, nous fut amenée, en novembre 1822, par son père qui nous consulta à son sujet. Il s'agissait d'une déviation de la colonne avec convexité tournée à droite : il y avait en outre une débilité musculaire et un relâchement très-marqué de l'appareil ligamenteux rachidien. En effet, après l'avoir examinée, nous demeurâmes convaincu qu'il serait très-facile de redresser la colonne vertébrale, mais qu'il pourrait bien ne pas l'être autant de la maintenir redressée.

Monsieur M***, homme judicieux et éclairé, eût

avec nous une conversation fort longue sur les moyens que nous employions pour guérir, sur leur mode d'action et sur la solidité plus ou moins réelle de la guérison. Il voulut tout apprendre, tout voir, tout approfondir. Satisfait à ce qu'il parut, il était déterminé à nous laisser sa fille, mais un incident vint changer cette détermination. Le seul logement dont nous pouvions disposer à cette époque ne lui convînt pas; il emmena sa fille à Paris, déterminé à revenir avec elle dès qu'un local plus commode viendrait à vaquer.

En janvier 1823, l'établissement orthopédique de M. M*** s'ouvrit dans la capitale. La beauté du local, la facilité de voir tous les jours sa fille dont il ne serait pour ainsi dire pas obligé de se séparer, eûrent bientôt décidé M. M***, et Mademoiselle L. entra dans cet établissement en mars de la même année.

Nous avons déjà eu mainte occasion de rappeler qu'une seule méthode de traitement était connue dans cette maison, l'extension au moyen du lit de M. Heine de Würtzbourg. M. M***, observateur difficile à mettre en défaut, ne fut pas long-temps sans s'apercevoir des inconvéniens de ce traitement. Tout allait pour le mieux tant que la malade, étendue sur le lit, éprouvait les effets de l'extension : se levait-elle, la taille retombait et tout

l'avantage obtenu était détruit; il semblait même qu'il y avait plus d'affaissement qu'avant l'application des moyens orthopédiques. Au bout de quelques semaines c'était toujours le même état et aucun résultat permanent n'avait pu être produit par l'extension.

M. M***, qui avait encore présentes à l'esprit toutes les circonstances de sa conversation avec nous, songea aux béquilles et les jugea convenables à l'état dans lequel se trouvait sa fille. Il en conféra avec une dame dont nous avons parlé dans une de nos premières observations et qui avait un enfant dans le même établissement, et d'un commun accord, tous deux convînrent de faire prendre des béquilles à leurs enfans : nous avons dit ailleurs quelles fûrent les résistances qu'ils eurent à vaincre et quelle fut l'issue du débat. M. M*** ne s'en tînt pas aux béquilles; pénétré de l'utilité du massage, des bains émolliens, des douches, il exigea l'emploi de ces moyens pour sa fille et, six semaines après, toutes les mesures étaient prises pour que l'établissement ne laissât rien à désirer à cet égard.

Mademoiselle L*** resta pendant dix-neuf mois soumise au traitement de Würtzbourg, ayant beaucoup gagné sous le rapport de l'élongation quand elle était couchée, mais retombant quand on la

levait, ce qui ne permettait pas de la laisser longtemps dans cette position. Enfin son père, impatienté de cette rechûte constante, la retira de l'établissement où elle était et l'installa dans sa maison de campagne, après s'être procuré un lit extenseur dont elle fit usage encore pendant quinze mois, sans en retirer plus d'avantages. Il se décida alors à la ramener à Morley, où elle arriva en août 1826, près de quatre ans après le premier voyage qu'elle y avait fait.

Les renseignemens que nous prîmes sur la santé de M.elle L***, pendant sa première enfance, nous apprirent qu'elle avait toute sa vie présenté les indices d'une constitution faible et languissante. Le travail de la première dentition avait été très-long, celui de la seconde très tardif, et on faisait remonter à cette dernière époque les premiers symptômes de la déviation rachidienne. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à neuf ans l'inflexion de la colonne vertébrale et la saillie de l'épaule droite étaient très-visibles.

On consulta les médecins distingués de la capitale. Nous passerons sous silence, non-seulement pour cette fois, mais encore pour les observations à venir, le résultat des consultations. Déjà nous sommes revenu assez souvent sur cette matière. Seulement le lecteur se tiendra pour

averti que toutes les personnes qui arrivent à Morley, appartenant pour la plupart à des familles aisées et à des parens décidés à ne rien négliger pour la guérison de leurs enfans, ainsi que le démontre bien la démarche qu'ils font en venant nous trouver, on n'a jamais manqué de consulter les médecins les plus célèbres du pays, et s'il ne présente pas de ressources sous ce rapport, d'aller à la source même des lumières. Nous ajoutons que les consultations se réduisent toutes à l'emploi des moyens que nous avons énumérés ailleurs.

Mais laissons ce sujet pour revenir à mademoiselle L*** dont l'état général était très-souffrant quand on nous l'amena la seconde fois. La menstruation était régulière mais peu abondante.

Quant à la gibbosité, occupant la partie moyenne d'un buste d'une longueur très-remarquable, elle consistait en une incurvation de toute la longueur de la région dorsale, avec convexité située à droite. Les côtes du côté droit poussées en arrière et en dehors formaient la gibbosité qui était assez considérable ; celles du côté opposé entraînées vers la colonne déviée étaient aplaties et redressées. Aû centre de la région lombaire existait une tache d'un rouge brun-foncé, résultat des pressions exercées sur cet endroit par l'appareil extenseur de

l'établissement de Paris : elle correspondait au sommet de l'apophyse épinense de la troisième vertèbre lombaire et la plus légère pression sur cette partie y développait de la sensibilité.

Ayant placé la malade sur les béquilles, nous observâmes une très-grande mobilité dans toute la longueur du rachis, laquelle devenait manifeste quand on faisait reprendre et quitter alternativement ces supports.

La tête était inclinée à gauche, l'épaule de ce côté, abaissée et portée en avant, la droite élevée et reculée, le côté gauche de la poitrine saillant au-dessous du sein et rétréci, le droit élargi et aplati, etc. La taille était de quatre pieds dix pouces six lignes sans béquilles et de quatre pieds onze pouces neuf lignes avec des béquilles et les talons posant à terre, ce qui donnait quinze lignes de rechûte. Les trois années et demie passées dans le traitement par l'extension avaient été employées absolument en pure perte.

Ce que nous avons dit du genre de la difformité de Mademoiselle L*** doit faire pressentir qu'elle n'exigeait point d'appareils d'un genre particulier. On devait avoir en vue de modérer les pressions pour ne pas outre-passer les effets qu'on se proposait de produire, et d'employer tous les moyens capables de raffermir les

ligamens et de fortifier les muscles. Telles étaient les indications à remplir.

Nous ne tardâmes pas à nous apercevoir des bons effets du traitement nouveau. Au bout de trois mois nous avions obtenu trois lignes d'élongation et la rechûte n'était plus que de dix lignes: le succès fut proportionnel dans les quatre mois qui suivirent et la rechûte ne se trouvait plus être que de six lignes. Une autre remarque fixait notre attention; c'était la prompte déformation des corsets : les cuirs conservaient pendant très-peu de temps leur forme régulière et il fallait de fréquentes réparations. Quoiqu'il en soit de cette particularité, l'amélioration était rapide et faisait présager un traitement heureux et d'une courte durée quand des imprudences, commises dans un but d'ailleurs très louable, apportèrent un retard considérable à la guérison.

Nous étions à la semaine qui précède les fêtes de Pâques. Mademoiselle L***, emportée par un zèle outré et peu réfléchi, quitta ses appareils, passa la majeure partie du temps dans une église froide et humide, dans des positions très-défavorables à sa santé et qu'elle prolongeait pendant des heures entières. Le résultat de cette conduite fut la perte d'une grande partie des avantages qu'elle avait obtenus, un rhume affreux accom-

pagné de fièvre qui ne nous permit de reprendre le traitement qu'au bout de deux mois et un découragement moral très-grand en comparant sa situation à celles de ses compagnes qui, plus sages qu'elle, n'avaient pas regardé le sacrifice de leur santé comme devant être agréable à Dieu.

La leçon était forte, mais heureusement elle porta son fruit. Reconnaissant tous les avantages d'une docilité sans bornes à nos conseils, Mademoiselle M*** reprit son traitement avec un courage et une résignation exemplaires et au bout de treize mois elle fut mise à l'usage des fortifians.

Les progrès marchaient d'une manière lente, mais régulière et constante. Les corsets ne se déformaient plus autant, les rechûtes étaient moins considérables; enfin, au bout de vingt-sept mois de traitement, la malade fut rendue à son père dans un état de santé excellente et la colonne vertébrale presque complètement redressée. La taille était gracieuse, élégante, et il fallait beaucoup d'attention pour y découvrir la légère irrégularité qu'elle présentait encore. L'élongation totale obtenue était de vingt-sept lignes.

Nous avons eu plusieurs fois occasion de voir Mademoiselle M*** depuis sa sortie de Morley, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'elle est encore mieux sous tous les rapports que quand elle l'a quitté,

malgré qu'elle ait passé un hiver dans les sociétés de la capitale, ce qui n'est pas une épreuve sans danger pour une santé et une taille restaurées.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A DROITE SUPÉRIEUREMENT

ET A GAUCHE INFÉRIEUREMENT.

POITRINE DÉFORMÉE DANS TOUTE SON ÉTENDUE,

MAIS SURTOUT APLATIE EXTRAORDINAIREMENT DANS LA PARTIE INFÉRIEURE DU COTÉ GAUCHE

ET SAILLANTE EN PROPORTION DANS LA PARTIE SUPÉRIEURE DU MÊME CÔTÉ.

Traitement commencé en septembre 1826, terminé en août 1828.

Guérison des deux tiers de la difformité.

Mademoiselle C. de N***, de Paris, fit, à l'âge de trois ans, une maladie grave qui fut suivie d'une convalescence de très-longue durée et d'une faiblesse extrême. C'est à cette époque que l'on s'aperçut, pour la première fois, d'un dérangement dans sa taille qui jusque-là avait été régulière.

On chercha dès le principe à remédier au mal et, d'après l'avis de plusieurs médecins, on soigna la constitution sans agir localement.

Plusieurs années se passèrent de la sorte, pendant lesquelles la déviation de la colonne vertébrale continua à faire des progrès et la santé à se détériorer. Cependant les bains de mer la rétablirent assez bien et on crut même remarquer, après leur emploi, une diminution de la gibbosité. Mais comme cette amélioration ne fût que passagère, on se détermina à passer en Angleterre pour y consulter le Docteur Callum qui jouissait d'une réputation assez étendue pour le traitement de l'affection dont il s'agissait et dont les corsets surtout étaient très-renommés.

Nous avons vu cet instrument long-temps après; il était en effet très-ingénieux et surtout d'une rare perfection quant au travail; mais il ne réussit pas mieux que tous ceux que l'on avait déjà fait porter à la jeune personne et malgré la persévérance et le courage qu'elle mit à vouloir le conserver, il lui fallut enfin y renoncer pour éviter des douleurs qui devenaient insupportables. D'ailleurs il n'avait apporté aucun changement à l'état des choses. On se borna donc, malgré que la difformité fit des progrès constans, au décubitus sur un lit très-dur, moyen conseillé par M. Callum, et à quelques exercices de gymnastique partielle.

Un établissement orthopédique venait de se former à Paris; Madame de N*** songeait à y conduire sa fille dont la santé était plus mauvaise que jamais, quand elle entendit parler avantageusement de notre maison qui, lui dit-on, existait déjà depuis quelque temps. Ces renseignemens la décidèrent à faire le voyage de Morley et, dans l'été de 1823, ces dames vinrent nous consulter. Nous trouvâmes Mademoiselle de N*** dans un état de santé inquiétant et nous ne le cachâmes point à sa mère; nous ne fûmes pas plus rassûrant sur le pronostic que nous portâmes de la gibbosité, en sorte que loin de répondre de la guérison, comme on l'avait fait à Paris, nous témoignâmes de vives inquiétudes sur l'avenir et ne voulûmes promettre autre chose que beaucoup de zèle et d'activité dans les soins que nous lui donnerions, sans en garantir les résultats.

Madame de N*** retourna à Paris avec sa fille et, peu de temps après, la plaça dans l'établissement de M. M... où elle resta quinze mois. La jeune personne souffrant beaucoup de l'extension et n'en éprouvant aucun soulagement fut retirée de chez M. M... et traitée à domicile au moyen d'un lit et d'un appareil ambulant que l'on s'était procurés. Enfin, comme au bout de vingt-sept mois de traitement par l'extension, tant dans l'établissement que dans

la maison paternelle, la malade n'éprouvait aucune amélioration dans sa santé ni dans la déviation vertébrale, Madame de N*** se décida à l'amener à Morley où elle entra le 15 septembre 1826.

Cette jeune personne, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était dans un état de santé tout-à-fait déplorable, dont on donnera une juste idée en disant que toutes les fonctions étaient altérées.

Quant à la difformité, elle consistait 1.° en un aplatissement des deux tiers inférieurs du côté gauche de la poitrine, tel qu'on aurait pu le produire si cette cavité, étant supposée molle et facile à comprimer, on eut agi sur ses parois, d'avant en arrière, à l'aide d'une presse à linge. 2.° En une saillie postérieure du tiers supérieur, ce qui formait une gibbosité considérable résultant de l'incurvation des cinq vertèbres supérieures dorsales, avec convexité à gauche, et de la flexion des côtes correspondantes qui avaient cédé à la pulsion. 3.° En une autre incurvation, à convexité à droite, subjacente à la première, formée par les vertèbres dorsales inférieures et par les dernières vraies côtes, ainsi que par toutes les côtes asternales, qui en se repliant avaient donné lieu à une seconde gibbosité, en sens opposé à la supérieure.

De ces deux déviations résultaient deux enfon-

cemens ou dépressions, l'une inférieure à gauche, l'autre supérieure à droite.

Le corps étant examiné en face, on voyait la tête inclinée à droite, l'épaule gauche fortement élevée, l'extrémité sternale de la clavicule de ce côté située plus haut que la correspondante du côté droit, de quatorze lignes environ, et comme détachée du sternum, les cartilages des 2.e, 3.e, 4.e et 5.e côtes sternales formant une saillie considérable, la partie inférieure et subjacente de la poitrine déprimée, comme nous l'avons dit.

L'épaule droite était affaissée, la clavicule correspondante dirigée de dedans en dehors, d'arrière en avant et de haut en bas, le bras porté en devant et en dedans, le haut de la poitrine avancé et le bas reporté en arrière, le sternum placé obliquement. Les battemens du cœur étaient sentis fort distinctement à droite vers le bord du sternum.

On conçoit quel devait être notre embarras pour remplir tant d'indications partielles qui semblaient se contrarier les unes les autres, et pour établir un ensemble d'action dans des appareils qui avaient chacun un but particulier. Après avoir réfléchi à ce que nous avions à faire, il nous parut qu'il fallait commencer par fixer le bassin d'une manière solide pour que les points

sur lesquels nos appareils agiraient fûssent également invariables; qu'ensuite on chercherait à diminuer l'aplatissement de la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, et que dans cette intention, on pourrait trouver un point de résistance sur la gibbosité droite ou inférieure; puis qu'on exercerait une pression sur la gibbosité gauche ou supérieure, en cherchant le point de résistance sur le côté opposé.

L'épaule droite étant plus basse que la gauche et plus antérieure, il s'agissait encore d'établir une différence dans les supports des bras, de manière à pouvoir élever le droit graduellement, tout en repoussant en arrière l'épaule correspondante, et laisser le gauche à une hauteur fixe.

Enfin, il fallait déprimer la saillie ci-dessus mentionnée des côtes sternales supérieures par une pression suffisante à laquelle on trouverait une résistance à un point opposé du thorax, par conséquent à sa partie gauche, postérieure et supérieure.

Il nous a paru plus convenable d'entrer dans ces détails et d'analyser ainsi les indications qui se présentaient et que nous avons remplies dans ce cas vraiment extraordinaire, que de dépeindre les appareils qui furent construits et employés pour y remédier. Des pages entières de la plus

minutieuse description seraient indispensables pour en donner une idée exacte et fatigueraient inutilement la patience du lecteur. Il faudrait également de nombreuses gravures pour remplir le même but.

Nous nous sommes contenté, pour mémoire d'un fait qui ne se représentera peut-être jamais le même, de les faire exécuter réduits au quart et de les conserver plutôt comme objet de curiosité que d'utilité réelle. Au surplus, toute personne qui aura lu cet ouvrage avec attention et suivi de même la description de toutes les machines qui y sont représentées, pourra non-seulement s'en faire une idée, mais même en imaginer d'analogues, si jamais le cas se représentait.

Mademoiselle de N*** fut soumise au traitement ordinaire. A mesure que chaque appareil était confectionné nous le mettions en place et, au bout de deux mois, tous furent appliqués; nous aurions pu aller plus vîte en besogne, mais nous voulions habituer notre malade par degrés à souffrir tant de pressions en sens différens. Une circonstance qui frappa particulièrement notre attention, c'est l'extrême facilité avec laquelle elles furent supportées et le peu de gêne ou de mal-aise qui en résulta, même dès le commencement. « Quelle » différence, nous disait la malade, entre toutes

» ces machines et le lit extenseur; au moins, je
» puis dormir paisiblement et, dans la journée,
» lire ou m'occuper de tout ce qui me plaît : il
» en était bien autrement à Paris. C'était une
» véritable torture.

Une autre circonstance mémorable de ce traitement, c'est qu'à mesure que les pressions opéraient un changement dans les diverses difformités contre lesquelles elles étaient dirigées, on était obligé de modifier les appareils, et, telle fut la rapidité des effets qu'ils produisirent que, deux mois après leur application totale, nous fûmes obligé de les changer presque en entier. Il ne se passa pas six semaines sans que cette nécessité se représentât.

Après treize mois de continuation de ces mêmes moyens, nous avions obtenu une telle amélioration des symptômes que nous passâmes aux émolliens, et au bout de quinze jours de leur usage, les règles parurent inopinément et sans douleur, à la grande satisfaction des parens qui redoutaient cette époque pour leur fille alors âgée de dix-sept ans. Depuis cette première éruption, elles reparurent irrégulièrement, mais sans que la santé qui était devenue excellente en éprouvât le moindre dérangement.

Mademoiselle de N*** passa encore onze mois dans l'établissement et les employa à se fortifier, à ajou-

ter quelque chose à l'état d'amélioration qui était survenu dans sa santé et dans les difformités qu'elle avait apportées à Morley. Au bout de ce temps elle avait obtenu une élongation de trois pouces et demi; les défectuosités de la poitrine et de la colonne vertébrale avaient diminué au point que sa taille n'avait rien qui pût choquer la vue; il n'y avait point de rechûte quand elle quittait les béquilles, ce qui annonçait une consolidation parfaite; les fonctions étaient revenues à l'état normal; on sentait les battemens du cœur à la place qu'il occupe ordinairement, enfin les forces et la santé en général ne laissaient rien à désirer.

C'est dans cet état que mademoiselle C. de N*** quitta Morley, fort satisfaite et surtout très-reconnaissante des soins qu'elle y avait reçus : elle se le rappelle toujours avec plaisir et continue à jouir de tous les avantages qu'elle y a recouvrés. Nous l'avons vue, il y a très-peu de temps encore, et sa santé fortifiée par les bains de mer dont nous avions conseillé l'usage, ne s'est pas encore démentie un instant.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

APLATISSEMENT DE LA POITRINE DE DEVANT EN ARRIÈRE.

CONVEXITÉ TRÈS-CONSIDÉRABLE DE LA PARTIE MOYENNE DES CÔTES.

Traitement commencé en novembre 1825, interrompu en octobre 1826.

Redressement complet de la colonne vertébrale.

Guérison presque complète de la difformité de la poitrine : elle eût été complète si la malade eût prolongé le traitement.

Mademoiselle A. B*** de Sainte-Hermine, département de la Vendée, entra à l'établissement le quinze novembre 1825, amenée par sa mère qui nous donna, sur les antécédens de sa santé, les renseignemens suivans. Jusqu'à l'âge de neuf ans, sa fille n'avait essuyé d'autres maladies que

celles de l'enfance et toutes avaient été bénignes et avaient parcouru leurs phases avec régularité. La vaccine qui avait eulieu à un an avait complètemeut réussi, et la seconde dentition, qui s'était fort bien passée, avait commencé à six ans et demi.

Ce ne fut donc qu'à neuf ans qu'on s'aperçut de quelque dérangement dans la santé : en même temps le maintien changea et les postures devinrent mauvaises, ce qui méritait à l'enfant des réprimandes journalières et toujours inutiles. On la mit en pension, en la recommandant d'une manière toute particulière aux maîtres de l'établissement, mais l'année scholaire étant terminée, ce n'était plus un simple défaut de maintien. L'à-plomb de la taille était visiblement dérangé, le corps infléchi latéralement et l'épaule droite plus saillante que la gauche. En même temps la poitrine était aplatie d'avant en arrière et agrandie transversalement dans la même proportion, et la difformité était si visible qu'elle avait valu à la jeune personne de la part de ses camarades le surnom de *la planche*.

Madame B*** consulta beaucoup de médecins, et s'en tînt surtout à l'usage d'un corset qui n'opéra aucun effet avantageux et détermina tant de douleur qu'il fallût le quitter. Tous les moyens habituels furent aussi inutiles, mais il est vrai de dire

que la malade et ses parens y ayant peu de confiance, aucun ne fut suivi avec persévérance. On comptait sur les efforts salutaires de la nature qui devait, au rapport des médecins, rétablir à elle seule toutes les choses dans l'état normal, quand la puberté serait arrivée: mais la menstruation établie à l'âge de quinze ans ne produisit aucun changement chez Mademoiselle A***, et on se décida à l'amener à l'établissement de Morley.

Elle avait alors dix-sept ans; sa constitution était délicate, son tempérament bilieux-sanguin. Elle était fort maigre, souffrante en général, et se plaignait surtout de gêne dans la région du cœur et de douleurs à l'épigastre.

Le diamètre antéro-postérieur de la poitrine avait quatre pouces six lignes, et le transversal onze pouces. Quand à l'incurvation du rachis, elle était peu considérable et donnait lieu à une gibbosité oblongue et médiocrement saillante: par conséquent tous les phénomènes secondaires n'étaient pas très-marqués.

On voit d'après ces détails que la déviation vertébrale n'était pas l'affaire principale, mais bien la déformation de la poitrine. Chacune de ces difformités isolée était facile à traiter, mais toutes existant concurremment, rendaient la chose bien plus compliquée et d'une exécution plus

difficile. Pour arriver à un résultat satisfaisant, nous jugeâmes qu'il fallait comprimer un côté dans le sens latéral et agir sur l'autre dans une direction latérale et postérieure à la fois, avec une intensité d'action inégale. C'est dans cet esprit que furent confectionnés nos appareils dont on trouve la description à l'article, *Incurvation dorsale compliquée d'aplatissement d'avant en arrière de la poitrine.*

Mademoiselle A*** fut traitée par la méthode ordinaire, et soumise successivement à l'action des appareils, comme c'est notre usage. A mesure qu'ils étaient appliqués, elle en ressentait bientôt des effets salutaires. Sous leur action, la santé s'améliora, les fonctions se rétablirent dans leur liberté normale, celles du cœur surtout qui étaient notablement gênées ; la respiration devint libre et étendue au point de permettre à la malade, qui était musicienne, le plaisir de la musique vocale.

Après six mois de séjour à l'établissement, on quitta l'usage des émolliens pour passer aux fortifians qui furent continués durant cinq autres mois au bout desquels Mademoiselle A*** partit de Morley beaucoup plutôt que nous l'eussions voulu. Encore quelques mois de séjour et elle aurait été un exemple de guérison radicale. La déviation vertébrale avait complètement disparu et la taille

avait une rectitude complète, mais il restait encore quelque chose de l'aplatissement de la poitrine et nous ne doutons pas qu'il n'eût fini par céder entièrement et en peu de temps. Mais les parens et la jeune personne complètement satisfaits n'en demandaient pas davantage et cette demoiselle nous quitta en octobre 1826, dans un état de santé des plus florissants et qui ne s'était pas encore démenti l'année dernière.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

COURBURE DES COTES EXTRÊMEMENT FORTE, FORMANT UNE ARÊTE QUI REPRÉSENTAIT UN DOS DE CARPE COURBÉ LATÉRALEMENT.

BORD SUPÉRIEUR DE L'OS DES ÎLES DU CÔTÉ DROIT RECOUVERT PAR LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA POITRINE.

Traitement commencé en octobre 1822, terminé en février 1824.

Guérison incomplète.

Mademoiselle E. S***, de Paris, présenta dès son bas âge tous les signes du vice rachitique; son développement fut très-tardif et, à deux ans, on s'apercevait déjà chez elle d'une incurvation de la colonne vertébrale. Les médecins que l'on consulta s'accordèrent à prescrire les amers et les mercuriaux et, sous l'influence de ce premier trai-

tement, la santé s'améliora et la déviation de l'épine resta stationnaire.

Vînt l'époque de la deuxième dentition, époque ordinairement si orageuse pour les enfans d'une faible constitution; elle exerça ici sa funeste influence et tous les symptômes locaux et généraux se reproduisirent bientôt avec une intensité nouvelle. Ils furent combattus par le traitement qui avait déjà réussi une fois et qui échoua à la seconde tentative; on agit de la manière la plus énergique avec des moxas dont on fit suppurer les plaies pendant long-temps, avec des cautères qu'on entretint long-temps aussi; mais l'état de faiblesse de la malade s'opposant à la présence d'exutoires d'une manière indéfinie, il fallut les faire sècher et l'amélioration bien manifeste qui avait succédé à leur usage disparut promptement. On voulut y revenir plus tard et ils restèrent sans effet. Enfin les progrès de la maladie allant toujours en croissant, la jeune personne était devenue horriblement difforme et sa santé était complétement ruinée. Le seul moyen auquel elle ne voulut pas renoncer, était un corset de M. Delacroix dont elle éprouvait quelque soulagement quant aux douleurs, mais qui n'influait en rien sur la marche de l'affection.

Dans le courant de l'été 1822, le père de M.[lle] S***

ayant appris qu'il existait dans la Meuse un établissement destiné au redressement des difformités de la taille, nous écrivit pour y demander une place pour sa fille, ce qui lui fut accordé sur le champ et, bientôt après, impatient de voir commencer un traitement dont le succès devait décider de son bonheur, il arriva à Morley avec la malade.

Mademoiselle S*** était alors âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution délicate, et dans un état de maigreur considérable. Elle était en outre en proie à tous les symptômes d'une fièvre hectique et avait les extrémités inférieures œdématiées.

En examinant le corps par sa partie antérieure, on trouvait la poitrine étroite à gauche et très-saillante à la partie inférieure de cette même région. De cette saillie, les côtes se portaient vers la colonne vertébrale, chevauchant les unes sur les autres dans leur partie moyenne et se recourbant de manière à former une concavité de haut en bas; le bord inférieur du plan auquel elles donnaient lieu était éloigné de la crête iliaque gauche qui se trouvait extrêmement saillante.

Le côté droit de la poitrine était au contraire plus large et plus aplati, mais, en arrière, les côtes formaient une courbure tellement forte que la réunion des angles résultans de cette flexion,

constituait une arête ou crête en forme de dos de carpe, dont le centre se trouvait pointu et dont la totalité représentait un C à convexité située à droite et en arrière. Le bord inférieur du thorax du même côté recouvrait d'environ dix-huit lignes la crête iliaque correspondante, ce qui la dérobait à nos recherches, et faisait de tout le côté droit du tronc une cuirasse osseuse non interrompue.

La position des omoplates, des clavicules et des bras était telle qu'on l'observe dans les difformités de l'espèce de celle qui nous occupe.

On voit par cette description que le sujet ne permettait pas de répondre du succès; aussi après nous être expliqué avec le père de cette jeune personne de la manière la plus positive à cet égard, nous nous chargeâmes de son enfant et nous ne tardâmes pas à la soumettre au traitement ordinaire, avec toutes les modifications qu'exigeait l'état de débilité extrême où elle était.

Les appareils furent souvent modifiés et changés et nous perdrions encore un temps considérable à en donner une description bien détaillée qui ne suffirait peut-être pas pour les faire comprendre. Nous nous contenterons de faire en passant une remarque très-simple et cependant bonne à mentionner, c'est que plus les difformités sont

considérables et les saillies proéminentes, moins long-temps les mêmes appareils peuvent servir. On conçoit en effet que leur forme ne peut pas se trouver long-temps en rapport avec celle de la gibbosité.

Une amélioration sensible dans la santé fut le premier résultat du traitement. Le redressement commença bientôt après et marcha assez rapidement, mais ce qni résista avec le plus d'opiniâtreté ce fut la saillie en arête de la gibbosité.

Au bout de seize mois de séjour à Morley, la mère de Mademoiselle S*** étant tombée dangereusement malade, sa fille fut rappelée à Paris où elle resta. On lui procura un lit de Würtzbourg dont elle fit usage pour ne rien perdre de ce qu'elle avait gagné.

Quand elle nous quitta, sa santé était excellente. Après quelques hémorrhagies nasales, dont la dernière nous avait donné de l'inquiétude, les règles avaient paru pour la première fois et s'étaient remontrées au bout de deux mois pour revenir ensuite à toutes les époques ordinaires. Les fonctions digestives étaient en fort bon état; la respiration libre, la voix forte et étendue, le teint coloré, le caractère gai. Quant à la difformité, on avait obtenu un redressement de six pouces et demi, et la gibbosité avait diminué d'environ un tiers.

Un an après, nous vîmes Mademoiselle S*** chez ses parens ; elle était dans l'état où nous l'avions vue à son départ, toujours satisfaite des résultats de son traitement et jouissant d'une santé excellente.

VINGTIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DOUBLE

AVEC INCURVATION DORSALE A GAUCHE

ET LOMBAIRE A DROITE.

Traitement commencé en octobre 1830 et terminé en novembre 1831.

Redressement complet de l'incurvation supérieure, incomplet de l'inférieure.

Mademoiselle Jemina G***, de Stackton, en Angleterre, entra à Morley le 21 septembre 1830, amenée par ses parens qui nous donnèrent les renseignemens suivans sur sa santé.

Cette jeune personne, âgée de dix-sept ans, s'était bien portée jusqu'à douze, époque à laquelle elle fut attaquée d'une rougeole qui régnait épidémiquement dans le pays où elle se

trouvait et s'accompagnait de symptômes graves. La convalescence fut très-longue et laissa Mademoiselle Jemina dans un état de langueur et de morosité dont rien ne pouvait la tirer; elle ne voulait point sortir et aurait volontiers passé dans son lit la majeure partie des jours. Son maintien était négligé et sa tournure nonchalente. Des médecins ne virent dans cet état alarmant qu'une faiblesse momentanée qui ne tarderait pas à se dissiper. Ils conseillèrent l'exercice et les fortifians, mais la difformité s'étant bien caractérisée, on se décida, après maint traitement infructueux, à faire un voyage en Ecosse où se trouvait un chirurgien renommé pour le traitement des déviations de la taille au moyen de corsets d'un effet merveilleux.

Aux corsets écossais succédèrent d'autres corsets fabriqués à Londres et la malade, qui n'avait retiré aucun avantage des uns ni des autres, fut amenée en France par ses parens auxquels on parla des établissemens orthopédiques de ce pays. A Paris, on leur indiqua la Maison de Morley et ils nous amenèrent leur fille à l'époque que nous avons relatée ci-dessus.

Cette jeune personne d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une faible constitution, grande, mince, fort maigre, ayant le teint pâle, jouissait

d'une santé habituellement mauvaise. Elle était réglée depuis un an.

Elle portait une double incurvation de la colonne vertébrale, l'une supérieure étendue de la deuxième vertèbre dorsale à la neuvième, avec convexité à droite, l'autre inférieure étendue de la onzième vertèbre dorsale au sacrum, avec convexité à gauche. La gibbosité dorsale était oblongue, assez saillante, et occupait une bonne partie du buste qui avait une longueur considérable : de toutes les vertèbres qui la composaient deux seulement se dérobaient à nos recherches. La difformité lombaire était aussi fort apparente. De la torsion du tronc, il résultait, d'un côté, une saillie très-considérable des muscles des gouttières vertébrales qui semblaient sortir de leur gaine, et une proéminence marquée des apophyses transverses, tandis qu'à l'opposé, les muscles du côté concave étaient enfoncés et peu prononcés.

Quant à la face antérieure de la poitrine, elle présentait cette exception à sa disposition ordinaire en pareil cas, que le côté droit de la poitrine était convexe et saillant à sa partie inférieure et aplati supérieurement au lieu de l'être dans toute son étendue.

Mademoiselle Jemina fut soumise au traitement général ordinaire, et nous lui appliquâmes d'une

manière successive les appareils convenables pour la double incurvation du rachis. Elle avait quatre pieds onze pouces trois lignes quand le traitement commença. Ses effets furent rapides : en peu de temps les gibbosités diminuèrent, la santé se rétablit et toutes les fonctions redevinrent régulières ; de sorte qu'au septième mois les fortifians remplacèrent les émolliens. Quelques clous qui se développèrent sous les aisselles vinrent apporter un obstacle momentané à l'action des appareils, mais cette légère contrariété n'empêcha pas les choses de bien aller.

Il y avait cinq mois que Mademoiselle Jemina était à l'usage des fortifians dont elle retirait les plus grands avantages, quand ses parens nous firent part de l'invariable résolution qu'ils avaient prise de repartir pour l'Angleterre dans deux mois. Nos sollicitations pour obtenir un sursis qui nous semblait nécessaire à une guérison radicale furent inutiles et, au bout du délai fixé, ils nous quittèrent fort satisfaits des résultats du traitement qui avaient, disaient-ils, dépassé leurs espérances. En effet, la santé de Mademoiselle Jemina était devenue excellente; la gibbosité supérieure avait complètement disparu, mais il restait encore quelque chose de l'incurvation inférieure. Du reste la consolidation était parfaite et

de longues promenades, sans béquilles, n'opéraient pas la moindre rechûte. La taille, devenue gracieuse, s'était alongée de deux pouces et demi. Le départ de Morley eût lieu en novembre 1831.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DOUBLE

AVEC INCURVATION DORSALE A GAUCHE

ET LOMBAIRE A DROITE.

Traitement commencé en juin 1824, terminé en octobre 1826.

Redressement complet des gibbosités.

Mademoiselle C. de la R***, de Niort, département des Deux-Sèvres, jouit jusqu'à l'âge de neuf ans de la plus belle santé et avait une taille élégante et régulière. Le travail de la deuxième dentition était à peine terminé quand on vit se manifester tous ces premiers symptômes, avant-coureurs d'une déviation de l'épine, maintien négligé, positions vicieuses, etc. Les remontrances étant inutiles, on fit visiter l'enfant par un médecin

qui constata la présence d'une incurvation commençante : déjà l'épaule droite était saillante et la gauche enfoncée, et l'à-plomb du corps visiblement détruit.

Divers hommes de l'art consultés à ce sujet rassurèrent les parens et promirent d'heureux résultats du simple laps des années. Le temps s'écoulait et la gibbosité, loin de diminuer, augmentait assez rapidement. On fit alors un voyage à Paris et l'on en rapporta les consultations d'usage. Enfin plusieurs années s'étant passées dans le même état, ou plutôt ce même état empirant tous les jours, on nous amena la malade dans le mois de juin 1824.

Mademoiselle C***, alors âgée de quatorze ans et demi, était dans un état de santé peu satisfaisant. De tous les symptômes fâcheux qui la fatiguaient, les palpitations et des douleurs épigastriques étaient ceux qui dominaient. Il y avait en outre une extrême faiblesse.

La difformité, analogue à celle de l'Observation vingtième, consistait en une double incurvation, dont l'une supérieure et dorsale avait sa convexité tournée à droite, tandis que l'inférieure lombaire présentait une disposition inverse. Chacun des phénomènes résultant de ce dérangement était, à très-peu de chose près, semblable à ceux que

nous avons déjà signalés ailleurs et notamment dans l'observation précédente. Nous nous abstiendrons par cette raison de les mentionner ici.

Le traitement ordinaire fut employé peu de jours après l'arrivée à l'établissement et nous appliquâmes avec les précautions convenables, mais sans modifications particulières, les appareils destinés aux doubles incurvations. Les effets de tous ces moyens furent lents à se manifester, car au bout des trois premiers mois, il n'y avait encore rien de nouveau; mais, dans les trois mois qui suivirent, les progrès de la guérison furent si rapides que l'on pouvait à peine en croire ses yeux; aussi n'aura-t-on pas de peine à se représenter la joie des parens qui vinrent voir leur fille à cette époque, et qui la trouvaient dans un état de santé des plus satisfaisans.

Le traitement émollient fut continué pendant quatorze mois; les fortifians vinrent après et furent employés aussi long-temps. Il en résulta une guérison complète, ou qui doit être considérée comme telle, car la déviation légère qui subsistait encore dans la région lombaire n'était reconnaissable qu'à l'œil exercé du médecin, et la mère de la jeune personne, présente à cet examen, s'obstina à nier qu'il restât la moindre chose des difformités qui existaient.

Des lettres reçues à diverses époques depuis le départ de Mademoiselle C*** nous ont appris qu'elle avait conservé tous les avantages acquis et que sa santé était toujours excellente.



VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DOUBLE

AVEC INCURVATION DORSALE A GAUCHE

ET LOMBAIRE A DROITE.

TORSION CONSIDÉRABLE DU RACHIS.

Traitement commencé en juillet 1830, terminé en novembre 1831.

Guérison complète.

Mademoiselle M. E***, de Zurich, a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de sept ans. A cette époque commença chez elle le travail de la seconde dentition qui fut très-long et s'accompagna d'un état de souffrance qui dura près de deux ans et détermina souvent de la fièvre. Cependant vers neuf ans, la santé s'améliora et l'accroissement se fit avec rapidité. A dix ans, la rougeole survint et fut suivie d'un état de débilité pendant lequel la colonne vertébrale perdit son à-plomb;

enfin, à treize ans, la difformité était bien constatée et l'épaule droite bien manifestement plus élevée que l'autre. On voyait une dépression au côté opposé.

Divers moyens plus ou moins actifs furent mis en usage et toujours sans succès, car la difformité ne cessa pas de faire des progrès jusqu'à dix-huit ans : à cette époque elle resta stationnaire. Pendant ce laps de temps considérable la santé se détériora, il survint des maux d'estomac fatiguans, mais ce qui causa le plus d'inquiétude à Mademoiselle M*** et à sa mère, ce fut une vive irritation de poitrine accompagnée de toux et d'expectoration à la suite de laquelle on redouta une phthisie pulmonaire, ce qui néanmoins n'eût pas lieu.

Mademoiselle M*** arriva à l'établissement le 29 juin 1830. Elle était alors âgée de vingt ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, bien réglée, et cependant pâle, maigre et souffrant des maux d'estomac continuels qu'elle attribuait à un mauvais maintien qui lui rendait à charge sa haute taille (cinq pieds).

La difformité qu'elle portait consistait en une déviation de la colonne dorsale étendue de la première à la neuvième vertèbre; il en résultait une saillie oblongue, très-prononcée, à convexité située à droite. A cette incurvation en succédait

immédiatement une seconde, en sens inverse, formée par les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, ce qui déterminait une gibbosité moins considérable que l'autre. La torsion du tronc qui accompagne presque toujours ces déviations était ici très-considérable, en sorte que la hanche gauche était fortement portée en arrière et la droite en avant. Tous les autres dérangemens secondaires étaient tels qu'on a coutume de les observer dans des cas de cette espèce et ne méritent pas de mention spéciale.

Nous suivîmes pour Mademoiselle M*** la marche accoutumée tant pour le traitement que pour l'application successive des appareils. Ainsi, elle fut soumise au traitement émollient, puis à l'action des appareils pour une simple incurvation dorsale. Au bout d'un mois, nous pensions à appliquer ceux de la pression lombaire, quand nous nous aperçûmes qu'il y avait diminution de la gibbosité inférieure; curieux de voir ce que cela deviendrait, nous n'ajoutâmes rien à ce que nous avions fait jusqu'alors et la déviation des lombes n'en continua pas moins à diminuer dans les mêmes proportions que celle du dos. Après bien des réflexions sur un fait dont notre pratique ne nous avait encore offert aucun exemple, nous crûmes pouvoir l'expliquer par le soin

extrême avec lequel Mademoiselle E***, observant jusqu'à la moindre de nos recommandations, s'appliquait, avec une attention soutenue, à se bien tenir, soit sur ses béquilles, soit dans son fauteuil. Il avait dû en résulter un effet musculaire continuel qui, concourant avec les appareils supérieurs à rétablir l'équilibre, avait fini par amener ce résultat, sans assistance étrangère.

Quoiqu'il en soit, au bout de quatorze mois et demi, Mademoiselle M*** avait obtenu quinze lignes d'élongation : elle était droite, bien faite, pleine de santé et de vigueur et sa guérison pouvait être regardée comme solide, car les promenades à pieds les plus longues, et faites sans béquilles, ne déterminaient pas la moindre rechûte. C'est dans cet état satisfaisant et pour elle et pour nous que nous la remîmes à ses parens au commencement de novembre 1831.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

TORSION TRÈS-CONSIDÉRABLE DU TRONC.

HANCHE DU CÔTÉ GAUCHE PORTÉE EN ARRIÈRE; CELLE DU CÔTÉ DROIT, EN AVANT; DE LA, CROISEMENT DES GENOUX DONT LE DROIT ÉTAIT ANTÉRIEUR ET LE GAUCHE POSTÉRIEUR;

PROGRESSION TRÈS-DIFFICILE.

Traitement commencé en novembre 1829, terminé en mai 1831.

Guérison complète de la difformité du bassin et des extrémités.

Redressement à peu près complet de l'incurvation rachidienne.

Mademoiselle M. G***, de Grove-Miller, près Londres, est entrée dans notre établissement le 13 novembre 1829, amenée par ses parens qui nous ont donné les renseignemens suivans sur sa santé.

Issue d'une mère douée d'une faible santé et qui avait presque constamment souffert en la portant, Mademoiselle G*** vint au monde avec tous les signes d'une organisation si frêle qu'on n'espérait pas pouvoir l'élever. Toute son enfance se passa dans cet état; elle en éprouva les diverses maladies et arriva jusque vers l'âge de sept ans toujours très-délicate, mais cependant sans indice de difformité.

A cette époque la colonne vertébrale commença à se courber et les extrémités inférieures devenues très-faibles supportaient mal le poids du corps, ce qui donnait lieu à des chûtes fréquentes. Des médecins de l'endroit conseillèrent un traitement fortifiant et on s'en tint à ce régime pendant près de trois ans. Cependant la difformité de la colonne vertébrale continuant à faire des progrès, on s'adressa à un médecin qui s'occupait spécialement de ce genre de maladie et un traitement orthopédique fut prescrit et commencé concurremment avec un traitement dépuratif et analeptique. Il consistait dans l'usage du repos sur le plan incliné pendant plusieurs heures de la journée et pendant la nuit, de corsets de formes variées, d'exercices gymnastiques de toute espèce. Ces moyens furent employés pendant longtemps avec persévérance et les progrès de la dif-

formité n'en continuèrent pas moins; bien plus, la marche devint très-pénible et les extrémités inférieures étaient de plus en plus faibles. L'état général empirait dans la même proportion, en sorte qu'après avoir eu des craintes sur la taille de cette enfant, on finit par en avoir pour son existence.

C'est dans cet état de choses que les parens réunirent en consultation plusieurs des plus célèbres chirurgiens de Londres, parmi lesquels nous citerons MM. Brodie, Samuel et Astley Cooper. Ces Messieurs, après avoir examiné l'enfant avec beaucoup d'attention, prescrivirent quelques remèdes insignifians pour satisfaire en apparence les parens, mais ils dirent en particulier à la tante de la jeune malade que l'état dans lequel elle se trouvait était au-dessus de toutes les ressources de l'art; qu'aucune puissance humaine n'y pouvait porter remède; qu'en dernière analyse, et il leur en coûtait beaucoup de porter une si fâcheuse sentence, la perte de cette enfant qui arriverait un peu plus tôt ou un peu plus tard, était un sacrifice auquel il fallait se résigner par avance.

Peu de temps après, il arriva, par le plus pur hasard, que la tante de Mademoiselle G***, seule confidente de l'opinion véritable des consultans, causa de la situation de sa nièce avec l'amie d'une

dame qui avait été traitée à Morley avec le succès le plus complet. Dans l'état de découragement où était cette famille affligée, il n'en fallut pas davantage pour que le voyage fut promptement décidé. La distance n'effraya pas la jeune personne qui désirait ardemment sa guérison et toutes les précautions étant prises pour que le voyage ne fût fatiguant que le moins possible, on se mit en route et on arriva à Morley dans le mois de novembre.

Mademoiselle G***, âgée alors de quatorze ans et demi, était dans l'état de santé le plus déplorable. Elle était réduite à un état de maigreur extrême, avait le teint pâle ou plutôt livide, les paupières tombantes, le regard languissant. Il existait un état d'œdématie général. Toutes les fonctions était profondément altérées, surtout celles du cœur et des poumons. Le moindre mouvement déterminait des palpitations qui allaient jusqu'à la syncope. On observait dans les narines de fréquens mouvemens convulsifs.

La difformité consistait en une incurvation de la colonne vertébrale avec convexité tournée à droite, et torsion considérable du tronc. A ces deux chefs principaux se rapportaient toutes les déformations secondaires qui étaient portées au dernier degré et dont il convient de donner une idée.

Postérieurement, la gibbosité, très-considérable, avait entraîné à elle les côtes du côté gauche, en sorte qu'à leur partie postérieure elles étaient devenues tout-à-fait droites, ce qui donnait lieu à une dépression extrêmement considérable ; le scapulum du côté droit était très-saillant, celui du côté opposé tout-à-fait perdu et invisible.

Antérieurement, la tête était inclinée du côté gauche : la saillie de la partie inférieure du côté gauche de la poitrine était très-considérable et ce même côté fort étroit. Le côté opposé était très-large. La différence de hauteur et le défaut de symétrie des seins étaient des plus marqués : celui du côté gauche était presque vers le bord gauche du sternum, tandis que le droit était remonté sous le bras. Il en était de même pour le niveau des deux extrémités thoraciques dont l'une, la gauche, était plus près de terre que l'autre de trois pouces et demi.

Le désordre principal existait au bassin qui, contourné d'une manière tout-à-fait insolite, avait dû naturellement entraîner les fémurs avec lui. Par suite de cette torsion excessive, l'os iliaque gauche, et même la fesse de ce côté étaient portés en arrière et en haut ; celle du côté droit, au contraire, l'était en bas et en avant. Il résultait de cet état de choses une saillie de la région lom-

baire gauche, une dépression de la même région à droite et une disposition fort singulière de l'extrémité abdominale. Le fémur gauche reporté supérieurement en dehors et en arrière (pour suivre l'os coxal avec lequel il s'articulait), se dirigeait en bas, en dedans et en devant. Au niveau du genou, la jambe prenait une autre direction; elle se portait obliquement en arrière et en dehors, et le pied, incliné de manière à reposer à plat sur le sol, avait sa pointe tout-à-fait tournée en dehors. Le fémur droit, porté en avant dans sa partie supérieure, descendait de là en dedans et en avant pour croiser celui du côté opposé, en sorte que le genou était antérieur à celui de l'extrémité gauche. A partir de ce point, la jambe changeait de direction, se portait obliquement en dehors et en avant, et le pied avait sa pointe tout-à-fait en dehors.

Quand la jeune personne était debout, les deux genoux étaient serrés l'un contre l'autre au point qu'ayant voulu y interposer la main, nous ne pûmes en venir à bout. En insistant nous eussions couru le risque de faire tomber la malade. Lorsqu'elle fût assise, nous remarquâmes que le genou droit dépassait l'autre de deux pouces, ce qui nous permit d'en tirer cette conclusion que le bassin était reculé d'un pouce à gauche et avancé d'autant à droite.

On conçoit d'après ce tableau combien la progression devait être pénible et difficile ; en effet, elle ne s'opérait pour ainsi dire qu'à partir des genoux. Ce n'est pas le seul cas que nous ayons observé d'un artifice semblable employé par la nature, quand l'extrémité supérieure manque de solidité, ou est mal appuyée sur un bassin dont les formes sont viciées ou la cavité cotyloïde défectueuse. Alors les cuisses deviennent des supports presqu'immobiles et les jambes se croisant soit aux genoux, soit un peu plus haut, représentent une espèce d'articulation à charnière de laquelle partent les mouvemens de progression.

Après quelques réflexions sur le traitement d'une difformité aussi extraordinaire, nous en arrêtâmes le plan ainsi qu'il suit. La malade nous parut devoir être soumise d'abord au traitement ordinaire des incurvations dorsales simples : il fallait ensuite s'occuper de la torsion du bassin, puis de la difformité des extrémités inférieures. C'est là qu'existait la plus grande difficulté. Nous avons déjà dit que les fémurs étaient rapprochés inférieurement avec une force telle qu'on pouvait à peine les séparer et que la marche ne s'exécutait que par une espèce de glissement peu sensible d'un genou sur l'autre. Les appareils devaient donc agir sur les cuisses, mais non sur

les pieds qui, étant dans leur état normal, devaient rester libres et pouvoir exécuter des mouvemens, si l'on ne voulait pas ajouter au mal-aise d'une position aussi fâcheuse.

La malade fut donc placée sur les béquilles, pour commencer : mais il lui fallut beaucoup de temps pour en contracter l'habitude et s'en servir utilement; la difficulté de la marche était pour elle un obstacle qu'elle ne pouvait surmonter qu'avec le temps. Nous appliquâmes ensuite les appareils pour la gibbosité, soit dans le lit, soit dans le fauteuil et quelque temps après ceux qui devaient redresser le bassin. Le peu de gêne qu'elle en éprouvait, l'amélioration rapide qui en résultait dans les difformités et l'état général nous enhardirent bientôt à penser à ceux qui devaient agir sur les extrémités inférieures. Ils furent calculés de manière à porter la partie inférieure des cuisses en dehors en leur faisant exécuter un mouvement de torsion dans ce sens, par opposition à celui qui les avait amenées dans la position vicieuse qu'elles occupaient. Le point d'appui se prenait sur les pieds. Ces machines furent adaptées au lit et au fauteuil; on en trouve la description détaillée aux articles, *Lit et Fauteuil orthorachidiques pour une scoliose dorsale*, *avec incurvation à gauche*, *torsion très-considérable du tronc*,

hanche du côté gauche portée en arrière, celle du côté droit en avant, de là croisement des genoux, dont le droit était antérieur et le gauche postérieur; progression très-difficile.

Nous ne tardâmes pas à recueillir les fruits des soins que nous prodiguions à Mademoiselle G***. La marche devint de plus en plus facile et au bout de trois mois de l'application des appareils, le frottement des genoux n'avait plus lieu que latéralement et la station était aisée. D'un autre côté, le redressement de l'incurvation dorsale faisait de grands progrès, et la santé était dans l'état le plus satisfaisant quand au dixième mois de traitement cette jeune personne fut mise à l'usage des fortifians.

A cette époque, la main pouvait facilement passer entre les genoux qui n'étaient plus entrecroisés et se séparaient sans résistance. La station et la progression étaient faciles et solides. Ces progrès allèrent en augmentant au point qu'à travers les vêtemens il était difficile de distinguer de quel côté avait existé la difformité; seulement à nu, on apercevait encore une légère incurvation du rachis, mais la taille n'en n'était pas moins devenue élégante et gracieuse.

Nous aurions désiré conserver encore quelque temps notre intéressante malade, pour mettre la

dernière main à l'œuvre de sa guérison. Mais il y avait dix-huit mois que sa mère avait quitté sa patrie, sa famille et les habitudes d'une vie somptueuse pour venir s'ensevelir dans un désert. La santé d'une fille chérie avait seule pu lui rendre supportables de semblables sacrifices; cette fille était guérie, il lui tardait de la présenter à sa famille et il ne fût plus possible de retenir ces dames qui partirent après nous avoir témoigné leur reconnaissance avec une expression de sentiment qui ne s'effacera jamais de notre mémoire.

D'après plusieurs lettres reçues depuis leur départ, le voyage s'est effectué sans la moindre fatigue pour Mademoiselle G***, sa santé continue à être excellente; elle peut marcher, même danser avec aisance et facilité, et sa taille, qui contraste d'une manière si frappante avec celle qu'elle nous avait apportée d'Angleterre, fait la joie de sa famille et l'admiration de ceux qui l'avait connue avant son voyage.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A DROITE.

Traitement commencé en octobre 1824, terminé en janvier 1826.

Guérison complète.

Mademoiselle C. T***, de Nancy, département de la Meurthe, âgée de quinze ans quand elle se présenta à Morley, avait joui d'une excellente santé jusqu'à onze ans. Gaie, spirituelle, d'une extrême vivacité, elle était adorée de ses parens et chérie de tous ceux qui la connaissaient.

Vers l'âge indiqué, elle tomba dans un état de langueur et de souffrance sans cause déterminée : elle devint triste et morose, disposée à verser des larmes, à fuir la société des jeunes personnes de son âge, à s'irriter de la plus légère contrariété; en même temps, son maintient fût très-négligé et on la vit affecter les positions caractéristiques

d'une déviation vertébrale imminente. Sa mère l'ayant un jour visitée, reconnût un commencement de difformité déjà très-facile à apercevoir.

Le chagrin de cette jeune personne fût très-vif; elle entendait dire constamment qu'elle avait une taille et une figure charmantes et il lui sembla cruel de perdre des agrémens auxquels les femmes sont sensibles de très-bonne heure. Aussi se prêta-t-elle avec une bonne volonté exemplaire à tous les traitemens que les médecins consultés par ses parens conseillèrent. Voyant qu'elle n'en retirait aucun fruit, on l'amena à Morley dans le mois de novembre 1824.

Quand cette jeune personne arriva, elle présentait tous les signes d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin; le visage était coloré, mais il annonçait la tristesse, il y avait quelques douleurs de dos et d'estomac, et la menstruation n'était pas établie. En général, la santé était très-bonne en comparaison de l'état où se trouvent la plupart des individus qui entrent à l'établissement.

La difformité consistait en une déviation de la colonne vertébrale avec convexité à gauche, enfoncement et dépression à droite. Cette incurvation occupait le centre de la région dorsale, et déterminait dans tout le reste de la poitrine des changemens secondaires en opposition directe

avec ceux que nous avons observés dans tous les cas précédens. Vû de face, le côté droit du thorax était plus saillant et plus étroit que le gauche qui était large et aplati; le sein du même côté était situé plus en dedans et plus bas que l'autre, l'épaule gauche portée en arrière, le bras reposant contre le corps, l'épaule droite ramenée en avant et le bras pendant et laissant un espace entre lui et le côté correspondant. La torsion du tronc était fort légère et ne s'était pas fait ressentir jusqu'au bassin.

Nous considérâmes cette affection comme étant très-simple et de facile guérison, et quand nous fîmes part de notre pronostic à la personne qu'il intéressait le plus, nous pensâmes la faire devenir folle de joie; il ne s'agissait plus que de tenir l'engagement que nous avions contracté et, dès le jour suivant, nous commençâmes le traitement ordinaire. Quand les appareils fûrent préparés, on les appliqua et on les fit agir en dirigeant les pressions à gauche; les effets qu'elles produisirent fûrent très-rapides ainsi que nous nous y étions attendu et au bout de sept mois on passa à l'usage des fortifians.

Peu de temps après la menstruation s'établit pour la première fois; les règles revinrent au bout de quelques semaines et depuis elles reparurent d'une manière normale et sans douleurs. Cepen-

dont le traitement orthopédique continuait sans aucune interruption; les progrès marchaient avec une telle rapidité qu'au bout de quinze mois la colonne vertébrale était redressée et la gibbosité effacée de la manière la plus complète. Nous eûmes la satisfaction de voir cette jeune personne sortir de Morley rayonnante de joie et de santé, ayant obtenu deux pouces d'élongation, enfin guérie au point de ne pas présenter les moindres traces de la difformité qu'elle avait eue.

Voisins de la ville qu'elle habite maintenant, nous pouvons avoir fréquemment de ses nouvelles et toutes s'accordent pour nous apprendre qu'elle conserve tous les avantages qu'elle a acquis et que nous pouvons continuer à citer sa guérison comme un des faits les plus honorables pour l'Orthopédie.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A DROITE

DES PLUS CONSIDÉRABLES.

Traitement commencé en août 1822, terminé en février 1825.

Redressement des trois quarts de la gibbosité.

Mademoiselle A. P*** P***, de Blois, entrée à l'établissement de Morley le 25 août 1822, âgée alors de quinze ans, annonça dès sa naissance une organisation si faible que pendant long-temps on n'espéra pas pouvoir l'élever. Après la première dentition qui fut très-orageuse, sa santé se fortifia pendant quelque temps, puis elle s'altéra de nouveau et, vers l'âge de six ou sept ans, on s'aperçut, pour la première fois, d'un dérangement dans sa taille.

L'affliction des parens fut grande et ils n'épargnèrent aucune démarche, ni aucun sacrifice pour arrêter les progrès du mal. Deux voyages

à Paris fûrent faits dans cette intention, à deux ans d'intervalle, et après avoir reconnu l'inutilité complète de tous les moyens dont ils avaient usé avec une rare persévérance, ils se décidèrent à venir à l'établissement de Morley dont ils avaient entendu parler.

Nous décririons difficilement l'impression que nous éprouvâmes à la vue de cette infortunée créature dont la difformité faisait horreur et pitié tout-à-la fois. Qu'on se figure un corps informe, court, ramassé, hors de toute proportion avec les extrémités, surmonté par une tête que supportait un cou très-court et penché à droite. Ses traits portaient l'empreinte de la tristesse et de la souffrance; son teint était d'un jaune noir comme chez les individus attaqués d'affections hépatiques; elle était essoufflée et sur le point de perdre haleine après quelques pas, aussi passait-elle la plus grande partie de sa vie assise ou couchée. Toutes les fonctions essentielles à la vie étaient profondément altérées, la digestion surtout qui ne s'effectuait qu'avec la plus grande peine, pour peu que la malade eût pris d'alimens.

La cause de cet état déplorable était une déviation de la colonne vertébrale, dans la région dorsale, avec incurvation à gauche si considérable qu'il n'y avait plus entre l'aisselle droite et la

hanche correspondante qu'un intervalle de trois pouces et demi. Toutes les vertèbres dorsales et la première lombaire étaient comprises dans cette courbure dont le centre était porté en avant et en dehors : les huit du milieu étaient soustraites à nos recherches et la masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal était sortie de la gouttière qui les reçoit. Cette énorme gibbosité avait déterminé des phénomènes secondaires très-prononcés. La tête était inclinée à droite et supportée sur un cou très-court et enfoncé entre les épaules. Le sternum placé très-obliquement avait sa base à droite et son sommet à gauche ; le côté droit de la poitrine avait sa région inférieure très-saillante et la supérieure déprimée ; le bras droit était éloigné du tronc de quatre pouces neuf lignes et plus rapproché du sol que l'autre de quatre pouces et demi, et des phénomènes inverses et non moins saillants se remarquaient au côté opposé. La hanche droite était extrêmement saillante et portée en arrière.

A la vue de semblables désordres dans la charpente osseuse du corps, on n'était pas surpris que les organes comprimés et comme étouffés dans leur prison, exprimassent leur souffrance par cet état d'agonie dans lequel la malade se présentait à nos yeux; on était plutôt étonné que la vie pût se con-

server au milieu de tant d'élémens de destruction.

Ayant fait sentir au père de la jeune A*** combien nous étions à plaindre d'avoir à nous charger d'un semblable sujet et quelle injustice il y aurait à nous accuser si l'évènement ne répondait pas à nos vœux, nous promîmes de donner à sa fille les soins les plus assidus et d'appeler à notre aide toutes les ressources de l'art.

Le cas n'exigeait pas d'appareils spéciaux ; il s'agissait seulement de mettre beaucoup de circonspection dans leur application et d'avancer pas à pas, à mesure que l'état de la malade le permettrait. Nous commençames par la soutenir à l'aide des béquilles et nous fûmes étonné des signes de bien-être qu'elle donna aussitôt qu'elle se sentit supportée de la sorte. Soit qu'elle éprouvât un soulagement réel par le repos que cela donnait aux muscles de la station, soit que son imagination fut agréablement impressionnée et que son cœur s'ouvrit à l'espoir de guérir en commençant un traitement qui devait la rappeler à la vie, jamais nous n'avions vu aucune malade témoigner autant de satisfaction de l'usage des béquilles.

Après ce premier auxiliaire du traitement, on fit usage du lit, du fauteuil et de tous les moyens accessoires qui manifestèrent bientôt leur in-

fluence sur l'état général de la manière la plus satisfaisante. La gibbosité se redressait rapidement, ce qu'il était facile de juger par la nécessité où l'on se trouvait de changer fréquemment de béquilles. La santé s'améliorait à vue d'œil; les digestions étaient faciles et l'appétit bon; des couleurs vermeilles avaient fait place à ce teint plombé qui affligeait le cœur de ses parens; le sommeil était calme, la respiration beaucoup plus longue et plus facile : tant de progrès avaient doublé le courage de Mademoiselle A*** qui suivait le traitement avec une persévérance dont elle recueillait les fruits.

Vers le quinzième mois, on passa à l'usage des fortifians; ils furent continués pendant autant de temps et après un séjour de trente mois à Morley, Mademoiselle P*** en sortit dans un état de santé parfait, étant guérie de sa difformité aux trois quarts, ayant obtenu un redressement de cinq pouces, sans qu'il se fît la moindre rechûte, même après une longue promenade à pied ou en voiture et sans béquilles. Quand elle entra à l'établissement sa taille n'était que de quatre pieds quatre pouces neuf lignes. Aussi ce changement survenu dans la hauteur de sa taille et plus encore les apparences de santé qui brillaient sur sa figure la rendaient-elle mécon-

naissable à tous ceux qui la revoyaient pour la première fois depuis son retour de Morley.

Malgré des résultats aussi satisfaisans, Mademoiselle A***, fidèle à nos recommandations, prenait toutes les précautions possibles pour prévenir une rechûte et tout démontre qu'elle n'aurait jamais eu lieu sans un événement fâcheux qui vint empoissonner le bonheur de cette famille. Madame P*** tomba dangereusement malade quatre mois après le retour de sa fille; à une affection aigue, dont le caractère ne nous est pas connu, succéda une affection chronique qui résista aux soins des médecins de Blois. On crut trouver mieux à Paris et Mademoiselle A*** accompagna sa mère dans ce pénible voyage; elle la vit périr dans ses bras deux mois après son arrivée dans la capitale. Le coup était au-dessus de ses forces. Depuis plusieurs mois elle avait abandonné toutes précautions, cessé tout traitement préservatif : des nuits passées au chevet du lit de sa mère qu'elle soigna à elle toute seule, des fatigues continuelles essuyées durant toute la journée, une douleur vive qu'elle concentrait pour ne pas augmenter celle de son père, portèrent une atteinte profonde à sa santé. Les règles qui avaient paru pour la première fois à Morley se supprimèrent; l'appétit se perdit et insensiblement elle arriva à l'état où

elle se trouvait quand elle réclama nos soins. Seulement sa déviation s'était à peu près conservée dans le même état. Après avoir cherché à rétablir la santé de sa fille par tous les moyens possibles, M. P*** craignant d'avoir à déplorer une perte nouvelle, la décida à revenir à Morley dont elle conservait toujours un agréable souvenir. Malgré que nous fussions prévenus de son arrivée, il nous fut impossible de la reconnaître, tant était grand le changement opéré dans sa personne.

Malgré qu'elle eût perdu peu de chose sous le rapport de sa taille, elle désira suivre un demi-traitement afin de recouvrer au moins la force qui lui manquait pour se soutenir. Des appareils furent confectionnés dans cette intention; la jeune personne fut mise à l'usage d'un bon régime, des bains fortifians, des douches et des frictions. Sous l'influence de ce traitement, la gibbosité subit encore quelque redressement et la santé s'améliora sans revenir toutefois à cet état prospère dans lequel elle était, avant la perte douloureuse qui en avait amené la ruine.

Mademoiselle P*** a conservé néanmoins tous les avantages qu'elle avait recouvrés à ce second voyage. Elle s'est mariée et est accouchée heureusement.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE TRIPLE

AVEC INCURVATION CERVICALE A DROITE,

DORSALE A GAUCHE

ET LOMBAIRE A DROITE.

Traitement commencé en septembre 1825, terminé en décembre 1826.

Guérison presque complète.

Mademoiselle L. G***, d'Angers, département de Maine-et-Loire, fut amenée en septembre 1823 à l'établissement de Morley par sa mère qui nous donna les renseignemens suivans sur la santé de cette jeune personne.

Elle s'était toujours très-bien portée, sauf les maladies ordinaires à l'enfance, jusqu'à neuf ans, époque où elle fut mise en pension. Rentrée chez ses parens aux vacances suivantes, on remarqua qu'elle avait perdu sa fraicheur et sa gaîté habituelles; elle pleurait souvent sans motif et fuyait la société. On crut que l'ennui et la peine

d'avoir quitté ses camarades étaient la cause de tous ces changemens, aussi fut-elle bientôt reconduite en pension, mais comme le même état de choses continuait et qu'on s'était aperçu d'une déviation commençante dans la colonne vertébrale, on la reprit à la maison, et à l'étude, dont on redoutait les effets, on fit succéder l'inaction et de temps en temps quelques exercices gymnastiques. La difformité n'en continuant pas moins ses progrès, Mademoiselle L*** fut amenée à Morley pour y recevoir nos soins.

Elle était alors âgée de douze ans, mais bien moins raisonnable qu'on ne l'est ordinairement à cet âge. Indolente et paresseuse à l'excès, il fallait, pour ainsi dire, la pousser pour la faire changer de place. Elle se souciait fort peu du traitement, aimant tout autant, disait-elle, rester tranquille et garder sa difformité. Ces dispositions d'esprit, si fort en opposition avec l'ardeur que que toutes nos malades témoignent pour leur guérison, nous parûrent de si mauvais augure que sans les instances réitérées de sa mère, nous la lui eûssions rendue sur le champ. Nous nous laissâmes gagner par ses prières, mais nous ne tardâmes pas à nous apercevoir de notre tort, car cette jeune personne, fatiguante par son indocilité, ne cessait de nous contrarier de toute ma-

nière : à peine dans les appareils, elle les desserrait ; elle jetait ses béquilles et marchait sans ce support : nous écrivîmes donc à sa mère qui vint la rechercher, après nous avoir fait promettre de la reprendre quand la raison lui serait venue.

Deux ans après, nous apprîmes par une lettre de Madame G*** que sa fille était dans des dispositions d'esprit bien plus favorables au traitement. Sa difformité avait augmentée, mais en même temps le désir d'en être débarrassé était arrivé. On nous priait de la reprendre, ce que nous fîmes volontiers.

Quand cette jeune personne arriva, nous la trouvâmes dans un état de santé très-fâcheux, mais cette insouciance qui nous avait tant contrarié avait fait place à une vive ardeur de guérir. Elle était décidée à supporter le traitement avec persévérance, et regrettait amèrement le temps perdu.

Sa difformité était plus prononcée que quand elle nous avait quitté. Elle consistait en une incurvation de la colonne cervicale, à convexité à gauche, qui portait la tête à droite et en avant et la faisait pencher sur l'épaule correspondante. La partie inférieure de cette incurvation reposait sur la colonne dorsale qui, courbée dans une direction opposée, c'est-à-dire à droite, présentait une convexité dans ce dernier sens. Les neuf pre-

mières vertébres dorsales étaient comprises dans cette inflexion qui donnait lieu à une gibbosité assez considérable. Au-dessous, le rachis reporté à gauche formait une convexité lombaire correspondante à celle du cou : les trois dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires entraient dans sa composition.

Les phénomènes secondaires de toutes ces incurvations étaient très-prononcés au dos seulement: la tête était infléchie latéralement, ainsi que nous l'avons dit, mais il n'existait qu'une très-faible torsion du bassin. Quant aux formes de la poitrine considérée antérieurement et postérieurement, quant à la situation respective des seins, des épaules et des bras, elles n'étaient que ce qu'on les voit ordinairement en pareil cas. La hauteur de la taille était de quatre pieds huit pouces six lignes.

Les appareils de la double incurvation dorso-lombaire avaient été déjà employés par nous nombre de fois; dans ce cas nouveau, une seule indication nouvelle se présentait, c'était de combattre l'incurvation cervicale, ce qui fut très-facile à l'aide des appareils pour la triple incurvation. Voyez ces appareils. Mademoiselle L*** aussi courageuse, aussi persévérante qu'elle avait été indocile nous secondait de tout son pouvoir. Elle suivait d'une manière ponctuelle jusqu'à nos moin-

dres conseils et eût pour récompense la satisfaction de voir le traitement produire de très-bons effets et en peu de temps. Au bout de huit mois, elle avait obtenu un redressement des trois quarts de la gibbosité et une élongation de dix-huit lignes.

Elle fût mise alors à l'usage des fortifians qui accélérèrent encore les bienfaits du traitement. Sa santé était devenue excellente, sa taille presque régulière et le peu de déviation qui existait encore dans la colonne vertébrale ne s'apercevait pas à travers les vêtemens. A cette époque, Mademoiselle L*** perdit son frère; devenue fille unique et la seule consolation de ses parens, ils ne voulurent pas la laisser plus long-temps à Morley. Elle le quitta donc, à notre grand regret, quelques mois plutôt qu'il eût fallu, et sans ce fâcheux accident elle nous eût fourni indubitablement un exemple de guérison complète.

Des nouvelles récentes nous apprirent qu'elle avait conservé tous les avantages de son traitement et qu'on la regardait comme une des belles femmes de la ville d'Angers. Dans le mois de mai dernier, une lettre dans laquelle elle nous fait part de son mariage, en attribuant à nos soins le bonheur dont elle va jouir, nous confirma ce que nous avions déjà appris par voie indirecte.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

CYPHOSE CERVICALE

AVEC INFLEXION TRÈS-FORTE DE LA TÊTE SUR LA POITRINE.

SCOLIOSE DORSALE

AVEC INCURVATION A GAUCHE.

DÉJETTEMENT DU BASSIN A DROITE.

Traitement commencé en mars 1826, terminé en mars 1827.

Guérison complète.

Mademoiselle F. G*** de Vesserling, département du Haut-Rhin, jumelle, âgée de quatorze ans, avait toujours joui d'une santé fort délicate, quoique peu maladive, et c'est à l'âge de neuf ans qu'elle offrit les premiers signes de déviation de la colonne vertébrale. Amenée à Morley le 9 mars 1826, elle était dans l'état suivant :

Tempérament lymphatico-sanguin, constitution délicate; santé telle qu'on l'observe en général chez les personnes atteintes des difformités verté-

brales. Décubitus sur un plan horizontal impossible à cause de la céphalalgie qui en résulte : souvent râle la nuit déterminé par la difficulté avec laquelle l'air pénètre dans les voies aériennes. Peu d'appétit, indigestions fréquentes.

Les difformités consistaient en une inclinaison de la tête, en devant, si forte qu'elle formait avec la partie supérieure du cou un angle aigu, comprimant ainsi le canal aérien et gênant la circulation. Il en était résulté un engorgement de la glande thyroïde qui ne s'était développée que postérieurement à la difformité. Il existait en outre une incurvation du rachis avec convexité située à droite et en arrière, ce qui formait ce que l'on appelle vulgairement le dos rond; enfin, le bassin était fortement déjetté à droite et la hanche de ce côté saillante. Nous n'insisterons pas sur les dérangemens secondaires dont on peut par avance prévoir la nature; nous observerons seulement que la dépression de la partie inférieure, antérieure et droite de la poitrine était plus prononcée que d'ordinaire.

Pour remédier à tous ces vices de conformation, il fallait les attaquer à l'aide d'appareils qui fonctionnassent isolément. Pendant que l'un comprimerait la saillie postérieure de la région cervicale, l'autre devait porter la tête en haut et en arrière.

Il fallait ensuite comprimer la saillie postérieure du dos plus à droite qu'à gauche et en même tems opposer une résistance à la partie antérieure du tronc. Enfin, on devait s'occuper de reporter à gauche, ou plutôt vers la ligne médiane, le bassin déjetté à droite et effacer de cette manière la saillie de la hanche correspondante. Une parfaite conformité de structure et d'action était indispensable entre les appareils de jour et ceux de nuit, et ces derniers avaient besoin d'être légèrement inclinés pour prévenir la céphalalgie qui était le résultat du décubitus sur le plan horizontal.

Toutes ces indications fûrent remplies, comme on peut le voir en lisant le texte descriptif des appareils. A mesure qu'ils étaient confectionnés, on les appliquait à la jeune malade qu'on avait placée dans le lit et le fauteuil pour toutes les difformités et soumise au traitement ordinaire.

Elle ne tarda pas à éprouver les bons effets de tous ces soins. Au bout de six semaines, la respiration était facile, l'appétit bon, les digestions meilleures, le teint plus coloré. La tristesse avait été remplacée par une gaîté qu'inspirait l'espoir bien fondé d'une guérison prochaine. Tous ces progrès continuèrent d'une manière un peu lente, mais régulière, et au bout de six mois, on passa à l'usage des fortifians. Six autres mois suf-

firent pour achever la guérison qui fut radicale et causa la plus vive satisfaction aux parens.

Nous sommes allé voir M.lle G*** au bout d'un an; elle était toujours dans l'état le plus satisfaisant et continuait l'emploi des mesures de précaution que nous lui avions recommandées à son départ. Tout récemment encore, notre correspondance nous a appris qu'elle continuait à se féliciter de son traitement et qu'aucune récidive n'était à craindre.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

CYPHOSE DORSALE.

INCLINAISON DE LA TÊTE EN AVANT.

Traitement commencé en mai 1826, terminé en mars 1827.

Guérison presque complète.

Monsieur E. G***, de Vesserling, département du Haut-Rhin, âgé de onze ans, est entré dans notre établissement, le 15 mai 1826. Il était d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, jouissait d'une excellente santé et n'était amené à Morley que par une cause assez légère, une incurvation de la colonne dorsale avec convexité postérieure, dépression de la région antérieure de la poitrine qui était concave de haut en bas, inclinaison de la tête en devant et gêne légère dans la respiration. Cette difformité qui existait depuis quelques années ayant inspiré aux parens du jeune G*** la crainte qu'elle augmentât, ils se déterminèrent à le confier à nos soins.

L'indication était simple et plus facile à concevoir qu'à remplir. Nous en vînmes néanmoins à bout à l'aide des appareils pour une cyphose dorsale avec inclinaison de la tête en avant et ils agirent, 1.° en portant en avant la convexité dorsale : leur action s'exerçait non sur les apophyses épineuses qui auraient pu en être blessées, mais de chaque côté sur les extrémités vertébrales des côtes; 2.° en reportant en arrière la poitrine; mais la pression ne devait avoir lieu que sur le haut et le bas de sa région antérieure, la partie moyenne se trouvant concave; 3.° en maintenant le corps dans une position bien verticale, ce qui était indispensable pour que les pressions ne pussent pas agir d'un côté plus que de l'autre et qu'on pût avec sécurité en varier la direction.

Ces appareils furent adaptés au lit et au fauteuil et le jeune malade soumis à leur action, ainsi qu'au traitement émollient qui fut remplacé par les fortifians au bout de cinq mois. Après dix mois de séjour à Morley, M. G*** fut rendu à sa famille, débarrassé en totalité de la dépression antérieure de la poitrine, ne conservant que de très-légers restes de l'incurvation dorsale, mais ayant encore la tête un peu portée en avant, difformité au reste qui fixe à peine l'attention et ne nuit en rien à la santé qui est toujours excellente.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

CYPHOSE DORSALE

COMPLIQUÉE DE SCOLIOSE.

Traitement commencé le 15 mai 1825, terminé en mai 1826.

Guérison complète.

Mademoiselle E. R***, de Soffingen, en Suisse, fut amenée à Morley, le 15 mai 1825, par ses parens qui nous apprirent que, jusqu'à l'âge de huit ans, la santé, ni la taille de leur enfant ne leur avaient causé aucune inquiétude; qu'alors seulement le dos qu'elle avait très-régulièrement fait commença, sans cause connue, à se voûter et à devenir bombé, en même temps que les épaules sortaient en arrière et que la tête s'inclinait en avant. Leur chagrin, en voyant augmenter cette difformité, les décida bientôt à consulter de toutes parts à ce sujet; mais ils ne retirèrent aucun fruit de leurs démarches. Entr'autres moyens dont on

fit usage, nous citerons un corset fabriqué par un orthopédiste célèbre en Suisse, corset qu'il fallut quitter à cause des douleurs insupportables qu'il causait. Enfin lassés de tant d'efforts infructueux, les parens de la jeune Emilie se décidèrent à l'amener en France, où ayant entendu parler avantageusement de Morley, ils prirent le parti d'y conduire leur enfant.

Cette jeune personne, âgée alors de quinze ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une taille assez élevée (quatre pieds onze pouces), était maigre, tantôt pâle, tantôt très-haute en couleurs, mais passagèrement. Elle souffrait des maux d'estomac assez intenses et était réglée depuis quatorze ans et demi, mais peu abondamment.

Sa tête était inclinée et dirigée en avant plus du côté gauche que du droit; la poitrine déprimée et portée en arrière supérieurement, tandis qu'inférieurement elle était avancée, d'où résultait une courbe qui se dirigeait de haut en bas. Le côté gauche était comme de coutume plus étroit et plus saillant que le droit et les autres déplacemens secondaires prononcés comme dans la scoliose ordinaire. Le ventre se trouvait proéminent.

Examinée postérieurement, la région cervicale était oblique et dirigée en avant dans sa partie

supérieure : au-dessous, tout l'espace compris entre le niveau de la partie supérieure des épaules et le tiers inférieur de la région dorsale formait une convexité ou espèce de voûte très-prononcée dont le relief paraissait plus considérable en haut à cause de l'inclinaison du cou, et présentait plus d'étendue du côté droit que du gauche. Les apophyses épineuses étaient très-saillantes et formaient une courbe dont la convexité était à droite, ce qui rendait les côtes plus arquées sur ce point. Les omoplates avaient leurs bords écartés et dirigés en arrière, la droite plus que la gauche qui toute entière était portée plus en dehors.

Cette jeune personne fut soumise au traitement ordinaire, puis à l'action accessoire des appareils pour une cyphose dorsale compliquée de scoliose, voyez la description des appareils. Les progrès du traitement fûrent rapides, car six semaines aprés son entrée à Morley, elle avait déjà gagné huit lignes d'élongation et sa santé s'était améliorée. Au bout de trois mois, les changemens étaient bien plus remarquables; la poitrine se redressait d'une manière visible, le dos s'aplatissait et l'état général laissait peu de chose à désirer. Les fortifians remplacèrent les émolliens au sixième mois; ils fûrent continués pendant un temps égal et, au bout de l'année, la malade sortit

de l'établissement dans un état de santé excellent et redressée de la manière la plus complète. Elle avait alors cinq pieds un pouce quatre lignes.

Cette jeune personne ne nous a pas donné de nouvelles de sa santé depuis son départ, mais nous avons appris par quelques unes de ses compatriotes qu'elle continuait à se porter aussi bien qu'à l'époque de son départ de Morley et qu'elle était généralement regardée comme la plus belle femme du pays.

TRENTIÈME OBSERVATION.

CYPHOSE DORSALE,

COMPLIQUÉE DE SCOLIOSE AVEC INCURVATION A DROITE.

MEMBRES THORACIQUES PORTÉS EN AVANT ET EN BAS.

Traitement commencé en avril 1827, terminé en mai 1828.

Guérison complète.

Mademoiselle B. L*** de Genève fut amenée à Morley, en avril 1827, par sa mère qui nous donna les renseignemens suivans sur la santé de sa fille.

Pendant qu'elle se trouvait enceinte d'elle, elle était en proie à des peines morales très-vives, ce qui la tînt dans un état de souffrance et d'inquiétude continuelles. L'enfant auquel elle donna le jour ne pouvait manquer de s'en ressentir : aussi vînt-elle au monde très-faible, mais cependant bien conformée. Jusqu'à l'âge de neuf ans, la jeune B. ne justifia pas les inquiétudes continuelles que

sa santé inspirait à sa mère, mais à cette époque environ, après la deuxième dentition qui cependant s'était passée assez naturellement, l'enfant devînt souffrante, négligea son maintien, puis quelque temps après, il se manifesta une déviation de la colonne vertébrale avec légère saillie à droite.

On consulta nombre de médecins qui fûrent tous très-rassurans sur l'avenir et prescrivirent divers traitemens desquels il ne s'en suivit aucun effet salutaire. Enfin l'enfant étant arrivée à l'âge de treize ans et la difformité, au lieu de diminuer, continuant à augmenter, Madame L*** se décida à la conduire dans un établissement orthopédique et ce fut à celui de Morley qu'elle donna la préférence.

Quand la jeune malade nous fut présentée, elle était maigre, pâle et tout chez elle annonçait un état de souffrance. La respiration surtout se faisait avec une grande difficulté, et la station était très-fatiguante et ne pouvait être soutenue pendant long-temps. Son corps examiné postérieurement nous présenta une incurvation formée par les cinq vertébres dorsales qui suivent la deuxième, avec convexité à droite et en arrière, ce qui donnait lieu à une bosse postérieure et latérale. Les angles inférieurs des omoplates étaient détachés du dos et portés en arrière, en haut et

en dehors et les vertèbres cervicales inclinées en devant.

La poitrine vue en face était concave de haut en bas. Les clavicules, au lieu de se diriger obliquement de dedans en dehors, de bas en haut et de devant en arrière, se portaient obliquement en bas, de manière à découvrir une partie des quatre premières côtes, ce qui dirigeait le moignon de chaque épaule en bas et en dedans, et abaissait les bras à tel point que les mains s'appliquaient sur les parties supérieures et externes des jambes. La tête s'inclinait en devant.

L'indication la plus essentielle à remplir dans ce cas dont nous n'avions pas encore eu d'exemple, était le replacement des extrémités supérieures en leur lieu naturel. Quant à la difformité du dos et de la poitrine, nous avions déjà eu occasion de l'observer et de la traiter. Après avoir fait préparer les appareils convenables et qui sont décrits dans tous leurs détails avec les autres de la même classe, la jeune personne fut soumise par degré à leur action, ainsi qu'au traitement émollient. Aussitôt après l'application des appareils pour la difformité des bras, Mademoiselle B*** en éprouva un bien-être qui les lui faisait regretter quand elle ne les avait pas. Alors elle était débarrassée de cette espèce de fardeau qui semblait

surcharger la poitrine et rendait l'inspiration si fatiguante. L'état général se ressentit bientôt de l'amélioration apportée à une fonction aussi importante et toutes les autres ne tardèrent pas à se rétablir. D'un autre côté, le courage s'était ranimé et la satisfaction que la malade éprouvait de sa nouvelle situation était encore doublée par la joie qu'en ressentait sa mère.

Les effets du traitement mécanique continuèrent à se manifester assez rapidement ; nous vîmes en peu de temps la poitrine se relever, le dos s'aplatir, la gibbosité s'effacer et en six mois de l'usage des émolliens et sept mois de celui des fortifians, Mademoiselle B*** arriva à une guérison complète, redressée parfaitement, les épaules bien placées et jouissant d'une santé brillante.

Les lettres que sa mère nous a écrites, il y a peu de temps encore, nous annonçaient que la jeune personne avait conservé toute l'élégance de sa taille et la beauté de ses formes, que sa santé était parfaite et qu'elle avait pris beaucoup d'embonpoint. Elle avait supporté le voyage sans en ressentir la moindre fatigue.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

CYPHOSE LOMBAIRE.

Traitement commencé en juin 1830, terminé en mai 1831.

Guérison complète.

Mademoiselle E. de P***, de Lisbonne, âgée de dix-sept ans, vînt à Morley, le 5 juin 1830, réclamer nos soins contre une difformité de la région lombaire sur l'origine de laquelle la jeune personne et ses parens ne pûrent nous donner de renseignemens bien positifs. On l'attribuait, il est vrai, à une chûte faite à l'âge de deux ans, mais le résultat n'avait pas suivi immédiatement l'accident et les rapports de l'un à l'autre ne nous parurent pas clairement établis.

Quoiqu'il en soit de la cause de la maladie, elle existait depuis nombre d'années, faisant des progrès très-lents, mais réels. Divers médecins avaient été consultés en tous pays. Poursuivie par le cruel usurpateur du Portugal, la famille de la jeune

malade avait été obligée, pour se soustraire à ses fureurs, d'errer en Espagne, en Angletterre, en France, et partout les médecins les plus célèbres avaient été réunis en consultations. Tous s'accordaient à soigner la constitution et à regarder la difformité comme au-dessus des ressources de l'art. Les choses en étaient là quand Mademoiselle de P*** nous fut présentée.

Elle était dans un état de santé des plus inquiétans; une pâleur chlorotique, une altération profonde de toutes les fonctions et une mélancolie que rien ne pouvait dissiper, faisaient porter un pronostic fâcheux: elle était réglée, mais assez mal et le sang menstruel était d'un rouge pâle et très-fluide; la faiblesse était extrême, surtout dans les extrémités inférieures qui fléchissaient sous le poids du corps après la plus courte promenade. Enfin de fréquens accès de fièvre lente, avec paroxysmes nocturnes, ajoutaient à la gravité de sa situation.

La difformité consistait dans une déviation de la colonne lombaire, avec incurvation antérieure, formée par toutes les vertèbres de cette région. La convexité postérieure avait deux pouces environ de saillie. Terminée inférieurement au sacrum avec lequel elle se joignait à angle aigu, cette déviation se confondait supérieurement avec la courbe

naturelle de la partie inférieure de la colonne dorsale. Les apophyses transverses augmentaient de chaque côté le volume de la gibbosité, tandis qu'au centre, la peau était tendue sur les apophyses épineuses proéminentes, et rouge et amincie sur quelques points. Le bassin se trouvait fortement porté en avant.

Nous ne doutâmes pas un instant de l'influence que la difformité exerçait sur la santé et nous pensâmes que si nous parvenions à la guérir, l'état général serait également amélioré. Mais le cas était nouveau pour nous; d'ailleurs la malade se trouvait dans une situation des plus inquiétantes et exposée à de graves accidens avant que le traitement orthopédique ait eu le temps de produire ses effets: nous fîmes donc part de nos craintes aux parens de Mademoiselle de P*** et nous promîmes d'essayer de la guérir et rien de plus.

Après quelques réflexions sur les moyens à employer dans la circonstance, les béquilles, le premier de tous, nous parûrent trouver leur application surtout ici, puisqu'elles servaient à soulager la difformité du poids du corps d'autant plus efficace pour l'augmenter ou l'entretenir, qu'elle était située plus inférieurement. Nous songeâmes ensuite à exercer une pression sur la convexité lombaire, en évitant de léser les apophyses épineuses, et au

lieu d'opposer à cette pression une forte résistance à l'opposé, il nous sembla bien plus naturel de tenir le corps étendu, ainsi que de reporter le bassin en arrière. C'est dans cet esprit que furent confectionnés les appareils dont nous donnerons une description exacte et les planches.

Leur application eût lieu successivement, comme à l'ordinaire, et avec les précautions exigées par la prudence. Mais jamais peut-être nous n'observâmes aussi manifestement que chez Mademoiselle de P*** le soulagement instantané qui suit l'usage des moyens mécaniques convenables à la circonstance. Elle recommençait à souffrir quand ils étaient enlevés; le moindre relâchement dans les cordeaux, et par suite dans les pressions, était aussitôt ressenti par la malade comme une cause de mal-aise ,à laquelle il fallait promptement remédier. Les bons effets du traitement ne se firent pas long-temps attendre. Au bout de six semaines, on voyait déjà le teint s'éclaircir et se colorer, le regard s'animer, la gaîté revenir. Les fonctions se rétablissaient par degrés et la saillie lombaire diminuait à vue d'œil. Après six mois du régime ordinaire de l'établissement, il nous fut possible de passer à l'usage des fortifians.

L'appareil ambulant fut réduit à un corset garni d'un cuir approprié; cette machine réussit très-

bien et ce dernier essai, qui dura environ une demi-heure, fut supporté à merveille par la malade qui en ressentit la plus vive joie et n'éprouva pas un instant de mal-aise ou de faiblesse. Quelques changemens devinrent aussi nécessaires dans la disposition des moyens mécaniques durant le cours du traitement, mais ils ne portèrent que sur les pressions établies comme points de résistance, sur les épines iliaques. Ces diverses modifications sont indiquées à la suite de la description des appareils employés dans ce cas.

Onze mois après son entrée à Morley, c'est-à-dire en mai 1831, Mademoiselle de P*** était complètement guérie d'une affection grave que les médecins de la Péninsule, ceux de France et d'Angleterre avaient déclarée incurable; elle jouissait en outre d'une santé parfaite. Ses parens auraient bien désiré lui laisser encore passer l'été parmi nous pour consolider sa guérison, mais les événemens politiques ne leur permettaient pas de séjourner en France et ils partirent de l'établissement munis d'appareils préservatifs d'une rechûte et dont on trouvera également la description à la suite de ceux qui ont opéré la cure. Ils sont confectionnés de manière à pouvoir être appliqués facilement en voyage, dans l'état de repos, enfin dans toutes les positions et les circonstances possibles.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

SCOLIOSE DOUBLE

AVEC INCURVATION DORSALE A GAUCHE

DORSALE ET LOMBAIRE A DROITE.

DOUBLE TORSION DU TRONC QUI PORTAIT LA PARTIE SUPÉRIEURE GAUCHE EN AVANT, ET LA PARTIE INFÉRIEURE GAUCHE EN ARRIÈRE.

Traitement commencé en mai 1826, terminé en août 1827.

Guérison complète.

Mademoiselle Mathilde M***, de Genève, âgée de quatorze ans et demi, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est née d'un père bien constitué et d'une mère fort délicate dont la santé avait été altérée par de nombreuses grossesses et par plusieurs fausses couches. Cette dame étant enceinte de l'enfant qui est le sujet de cette observation, fit une maladie grave

suivie d'une convalescence très-pénible : vers le septième mois de sa grossesse une vive frayeur détermina un accouchement prématuré et elle mit au jour un être grêle, qui donnait à peine signe de vie et qu'on désespéra de pouvoir conserver pendant les premières années de son existence. Cependant il supporta assez bien la première dentition qui fut très-orageuse, ainsi que les maladies de l'enfance.

Arrivée à l'époque de la deuxième dentition, Mademoiselle M*** était mince et toujours délicate; mais rien ne pouvait faire redouter chez elle une déformation de la taille : quelque temps après, il n'en était plus de même. Ce changement étant devenu sensible assez rapidement, on visita l'enfant et on s'aperçut que la colonne vertébrale déviée affectait la forme d'une S.

Après plusieurs consultations et plusieurs traitemens suites des consultations, le mal faisant toujours des progrès, et la santé se détériorant, on eut recours à un médecin-mécanicien, successeur du fameux Venel, qui lui fit faire une ceinture en toile sur les parties latérales de laquelle se trouvaient cousues des bandes de même étoffe formant anse et auxquelles on attachait des cordes qui se trouvaient fixées au pied du lit. Un casque surmonté d'un anneau, duquel partait une corde qui

allait s'attacher à la tête du lit, complettait cet appareil extensif qui était employé la nuit. Quant à celui de jour, il consistait en un corset de fer garni de peau. Ce traitement fut employé long-temps et n'empêcha pas les progrès de la difformité de continuer.

Les parens de la jeune personne ayant appris qu'il existait en France des établissemens où l'on traitait les déviations de la taille, se décidèrent à l'y amener : ils firent choix de la maison de Morley et Mademoiselle M*** arriva avec son père le 13 mai 1826.

Elle était alors dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes, laissant toujours sa tête penchée sur l'épaule gauche. Son visage était pâle, annonçant la souffrance, et son maintien peu assuré. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable en elle, c'était une faiblesse des membres thoraciques telle qu'elle pouvait à peine se servir de ses mains.

Le lendemain 14, elle fut mesurée à l'hybomètre, ce qui nous donna les résultats suivans :

Taille de quatre pieds huit pouces six lignes.

Bras égaux, élevés du sol d'un pied six pouces six lignes. Nous avons remarqué nombre de fois que quand il y avait double courbure, les membres thoraciques étaient également rapprochés du sol, malgré leur défaut de parallélisme.

La mesure supérieure était élevée de trois pieds six pouces. Le diamètre transversal était de neuf pouces sept lignes et l'antéro-postérieur de sept pouces une ligne.

La partie gauche antérieure de la poitrine se portait plus en avant que la droite de treize lignes et demie, et la partie postérieure et droite plus en arrière que la gauche de quatre lignes.

Le bras droit était plus postérieur que le gauche de dix lignes deux tiers.

La mesure horizontale inférieure était élevée de trois pieds un pouce. Le diamètre transversal du corps, pris de droite à gauche, avait huit pouces une ligne et demie; l'antéro-postérieur, d'avant en arrière, six pouces trois lignes un tiers.

Le bras droit était plus postérieur que le gauche d'un pouce onze lignes.

La partie antérieure et inférieure droite de la poitrine se portait plus en avant que la gauche de deux lignes trois quarts; la partie postérieure gauche plus en arrière que la droite de neuf lignes trois quarts.

En fixant avec attention ces mesures que nous avions tracées sur le carton, leur ensemble nous fit tout à coup apercevoir une difformité nouvelle pour nous, ou du moins nous l'envisageâmes sous un point de vue tout-à-fait nouveau. Les diamè-

tres antéro-postérieurs du côté gauche avaient plus d'étendue que ceux du côté droit : ce même côté gauche était large et allait en diminuant successivement, à mesure que l'on se rapprochait de la partie latérale externe droite, malgré que l'on vît à la partie postérieure et supérieure du côté droit une saillie ou gibbosité qui n'était plus à nos yeux que l'effet de la torsion supérieure par laquelle la partie supérieure gauche avait été portée de derrière en devant et de la torsion inférieure qui avait porté en arrière la partie gauche et inférieure.

Pour rendre cette idée plus sensible, admettons deux plans horizontaux situés à la partie moyenne du tronc et répondant l'un à sa partie supérieure, l'autre à l'inférieure. Imprimons-leur un mouvement horizontal en sens contraire, en tournant sur un axe supposé, de manière à porter le plan supérieur de gauche à droite et d'arrière en avant, et l'inférieur de droite à gauche et d'avant en arrière; il est clair que la partie supérieure du tronc suivra la première impulsion, et l'inférieure, la seconde.

D'après ces considérations, nous ne pouvions pas traiter cette difformité comme les simples incurvations dorsales et lombaires réunies; les pressions devaient être dirigées en divers sens; supérieurement l'antérieure gauche devait se porter de de-

dans en dehors et d'avant en arrière ; la postérieure devait agir de dehors en dedans et d'arrière en avant et la postérieure du côté droit de derrière en devant et légèrement de dedans en dehors. La partie antérieure et supérieure de la poitrine était seule libre ; il n'y fallait qu'un coussin pour servir de contre-presse. Du côté opposé, l'incurvation supérieure lombaire rentrait dans la classe des doubles scolioses, partie inférieure.

Telles étaient les indications que nous parvînmes à remplir à l'aide des appareils qui furent ajoutés au lit et au fauteuil. On en trouvera la description et les dessins à la fin de ce mémoire (voir aussi les dessins de l'article *Hybomètre*.)

La jeune personne fut soumise au traitement ordinaire, puis à l'action des appareils avec les précautions d'usage. Trois mois s'étaient à peine écoulés que déjà un changement notable avait eu lieu dans tout son individu. Il y avait un pouce d'élongation : le teint était devenu coloré ; un embonpoint naissant avait remplacé la maigreur ; la physionomie n'annonçait plus la souffrance et les forces et le courage commençaient à se ranimer.

Un changement non moins favorable se manifestait dans la gibbosité ; il consistait surtout dans une diminution de la torsion. Le diamètre antéro-postérieur du côté gauche de la poitrine, mesuré

avec un compas d'épaisseur, avait diminué de deux lignes et le droit avait augmenté d'une ligne. A mesure que l'état général et local faisait des progrès, nous augmentâmes l'intensité des pressions qui étaient supportées très-facilement et causaient même un sentiment de bien-être. Pendant le temps où les jeunes personnes sont levées, Mademoiselle M***, auparavant morose et sédentaire, faisait de fréquentes promenades auxquelles elle prenait le plus grand plaisir, en même temps que sa santé se fortifiait par cet exercice salutaire.

Les progrès continuant d'une manière assez rapide, nous passâmes à l'usage des fortifians vers le mois de mars 1827, et nous en obtînmes les plus grands avantages. Chaque visite était un sujet de satisfaction nouvelle pour la malade et pour nous-mêmes. Enfin, après quinze mois de traitement, Mademoiselle M*** fut rendue à ses parens dans un état de santé et d'embonpoint auquel leurs yeux pouvaient à peine croire. Elle avait obtenu trois pouces d'élongation et les formes les plus gracieuses avaient remplacé une difformité hideuse à voir.

Ses parens qui sont venus, par reconnaissance, nous faire visite, il y a peu de temps, nous ont appris que leur fille avait parfaitement supporté le voyage, que le temps, en lui donnant de la force

et de l'embonpoint, n'avait fait qu'ajouter aux avantages qu'elle avait obtenus à Morley, qu'enfin elle continuait à être un sujet d'étonnement et d'admiration pour toutes les personnes qni l'avaient vue partir pour la France, si souffrante et tellement difforme qu'ils n'espéraient pas l'en voir jamais revenir.

Si jamais nous avions désiré pouvoir nous assurer, à l'aide de l'Hybomètre, des avantages obtenus sur une taille dont les défectuosités avaient été constatées par cet instrument, c'était assurément dans ce cas-ci : nous avions bien droit aussi de compter sur un peu de complaisance pour un bienfait que l'or ne peut acquitter complètement; cependant cette satisfaction nous fut refusée opiniâtrément et toutes nos instances échouèrent devant une résistance à laquelle il nous fallut céder, à notre grand regret.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

LORDOSE LOMBAIRE.

RELACHEMENT EXCESSIF DES LIGAMENS VERTÉBRO-ILIAQUES.

LAXITÉ ET ALONGEMENT DES LIGAMENS DE L'ARTICULATION ILIO-FÉMORALE, AVEC SORTIE ET RENTRÉE ALTERNATIVES DE LA TÊTE DES FÉMURS DANS LES CAVITÉS COTYLOÏDES.

Traitement commencé le premier décembre 1831.

Mademoiselle L. S***, de Sainte-Ménehould, département de la Marne, âgée de neuf ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, nous fut amenée le 28 septembre 1831 par sa mère qui donna les renseignemens suivans sur cette jeune personne.

Elle était encore en bas âge et marchait à peine, qu'à la suite d'une chûte, sur la gravité de laquelle on s'est peut-être trop appesanti, Madame S***, en examinant sa fille pour savoir si elle ne s'était pas

blessée, fut frappée de la dépression ou cambrure excessive des reins, en opposition avec la saillie du ventre et des fesses. Un médecin appelé rassura cette dame et lui dit que cette disposition ne présentait rien d'extraordinaire et qu'il ne fallait nullement s'en inquiéter.

Quand l'enfant commença à marcher, elle se berçait et la cambrure des reins augmenta sensiblement. Des médecins consultés de nouveau expliquèrent cette disposition par une faiblesse locale et assurèrent qu'elle changerait avec l'âge. Mais les années étant arrivées et la difformité ayant fait de très-grands progrès, on mena l'enfant à Paris et les avis des consultans divisés sur le caractère de la maladie s'accordèrent sur le point qu'elle était incurable.

Arrivée à Morley, Mademoiselle S*** était dans l'état suivant : convexité antérieure très-considérable, avec saillie du ventre, de toute la partie inférieure de la colonne vertébrale à partir de la neuvième vertèbre du dos. Cette incurvation avait fait faire au sacrum un mouvement de bascule tel que sa face postérieure était presque horizontale ou supérieure et que sa base était dirigée en avant et en bas. Les os coxaux avaient suivi le mouvement, ce qui avait forcé les têtes des fémurs à sortir de leur cavité. Les ligamens capsulaires étant

alongés outre mesure, on voyait les têtes fémorales et les grands trochanters correspondre aux grandes échancrures sacro-sciatiques. L'enfant marchait et courait sans claudication et les pieds restaient tournés dans l'état naturel. Les fesses présentaient ce renflement singulier que l'on observe chez certaines femmes du pays des Hottentots.

Si l'on soulevait le corps lentement et graduellement, on voyait la colonne vertébrale se redresser, le bassin se replacer en s'abaissant et un alongement instantané de trois pouces et demi résulter de cette manœuvre. Le laissait-on reposer à terre, la difformité se reproduisait.

Dès la première tentative d'exploration de ce genre, nous avions entendu un bruit semblable à celui d'un os qui rentre dans sa cavité (nous étions assistés d'un médecin, M. le Docteur Lefebvre); cela nous fit croire que les fémurs rentraient aussi dans les cavités cotyloïdes au moment où le bassin se replaçait. Pour mettre en complète évidence un phénomène aussi singulier, nous recommençames trois fois l'épreuve; pendant qu'un aide fixait les pieds à terre, d'autres soulevaient le corps, et chacun de nous pût à son tour entendre ce bruit dont nous avons parlé et sentir, la main appliquée sur les trochanters, que les fémurs rentraient en effet dans leur cavité respective.

Le redressement de la colonne vertébrale pendant l'extension, celui du bassin, la réduction des fémurs, ne nous laissèrent plus de doute sur le véritable caractère de la difformité de la jeune S***. Tous les phénomènes qu'elle présentait devaient être rapportés à une seule et unique cause, le relâchement des fibro-cartilages et ligamens de la partie inférieure de la colonne vertébrale, des ligamens qui unissent le bassin au rachis, et de ceux de l'articulation ilio-fémorale. La mécanique seule pouvait guérir une affection aussi extraordinaire et tous nos efforts devaient tendre à replacer les choses dans l'état naturel et à les maintenir dans une position fixe qui permît aux ligamens et aux muscles de reprendre leur ressort.

Des appareils destinés à remplir ces indications dans le lit et dans le fauteuil viennent d'être appliqués tout récemment. Le temps seul décidera si nous avons entrepris une guérison impossible; mais quels que soient les résultats du traitement, nous nous hâterons de les publier.

TABLEAU

DES RÉSULTATS OBTENUS

A L'ÉTABLISSEMENT DE MORLEY,

DANS LE TRAITEMENT

DES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

Sur deux cents personnes qui se sont présentées à Morley pour difformités de la taille :

Quatre ont été renvoyées, ne laissant aucun espoir de guérison, parceque la gibbosité était ankylosée.

Vingt n'y ont point été admises, les difformités étant légères et curables par des moyens très-simples que nous avons indiqués.

Toutes les autres ont obtenu des améliorations dans les proportions suivantes :

Quatre, étant parties après deux ou trois mois de séjour, ont obtenu de l'amélioration en raison

de la durée trop courte du traitement. Une seule, qui n'était restée que deux mois et demi, nous a donné de ses nouvelles; elle était retombée, ce qui ne l'avait pas empêchée de se marier et d'avoir plusieurs enfans.

Quarante difformités monstrueuses par leur volume, leurs formes et leurs complications ont obtenu, l'une dans l'autre, un redressement de deux à six pouces et une diminution d'environ moitié.

Soixante-dix cas de difformités moins volumineuses, moins compliquées ont été guéris aux trois quarts environ, avec redressement de dix-huit lignes à quatre pouces.

Quarante individus dont les difformités étaient plus simples ont obtenu trois quarts et demi d'affaissement et d'un à trois pouces de redressement.

Enfin vingt-deux ont été redressés complétement et nous entendons par là un état de la colonne vertébrale tel qu'il doit être chez un individu-modèle.

Dans ce grand nombre de personnes auxquelles nous avons donné des soins, il n'y en a guères qu'une trentaine qui aient consacré au traitement tout le temps convenable. Les autres l'ont cessé, trop tôt à notre gré, sous différens motifs.

Il n'est arrivé à notre connaissance que six re-

chûtes, encore n'ont elles été qu'incomplètes. Tous les autres individus ont conservé leurs avantages; plusieurs même, par l'effet du développement ou du retour des forces, ont gagné sous le rapport de la rectitude de la taille.

Les déviations avec incurvation à droite ne se sont rencontrées que dans la proportion d'un 14/0, les incurvations à gauche dans celle d'un 5/10 et les doubles incurvations dans celle d'un 20/0. Nous n'avons observé que six courbures triples.

Tout le reste était des difformités avec des caractères particuliers.

RÉFLEXIONS

SUR LES

OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES.

Nous nous sommes déjà expliqué, dans l'avant propos de ce Mémoire, sur l'impossibilité où nous nous trouvions de satisfaire aux conditions imposées par le Programme aux concurrens, si celle d'authenticité était exigée, dans toute la rigueur de l'expression, pour les observations rapportées. On sait qu'un fait de ce genre n'est véritablement authentique que quand il est constaté par une commission déléguée à cet effet, ou par des témoins dignes de foi, ou bien quand il en reste des traces démontrant qu'il a existé et de quelle manière.

Or, nous avouerons franchement qu'avant le mois d'août 1830, où un numéro du journal *le Temps* nous apprit que l'Institut mettait au concours la question qui nous occupe, nous étions bien

loin de songer à rendre publics les résultats de notre pratique orthopédique, encore moins à faire constater par une réunion de médecins, ou de personnes étrangères à la science, mais revêtues de quelque caractère respectable, l'état de nos malades avant, pendant et après le traitement. Il y a plus, quand cette idée nous fut venue, nous doutons qu'un semblable examen, imposé à des personnes du sexe et tenant pour la plupart aux hautes classes de la société, leur eût été fort agréable et qu'il eût contribué à la prospérité de notre établissement. Nous en appelons à la franchise des praticiens illustres chargés de décerner la palme au vainqueur; leur a-t-il été toujours permis, hors des grands hôpitaux, seuls théâtres où s'exerce l'omnipotence médicale, de rédiger des observations complètes et authentiques, surtout si la cliente, haute et puissante dame, se trouvait en quelque façon contrainte de faire abnégation de la modestie de son sexe ou de son amour-propre, et de dévoiler à des regards étrangers ce qu'on voudrait quelquefois se cacher à soi-même. Au médecin seul tout est permis; mais encore, c'est parce qu'il doit guérir et, quand il a rempli sa tâche, souvent une réserve, bien louable d'ailleurs dans son principe, établit entre sa malade et lui une distance qu'il ne peut plus franchir.

On peut en dire autant de certains moyens employés pour conserver le souvenir de formes qui n'existent plus. Etrangers au dessin et à la peinture, nous avons tenté quelquefois de modeler en plâtre certaines difformités. Ce n'était qu'avec une peine extrême que nous avons décidé nos jeunes malades à se prêter à tout ce qu'exige cette opération d'ailleurs fort désagréable : l'espoir de guérir, la crainte de désobliger celui qui devait leur rendre la beauté, bien plus précieux pour beaucoup d'elles que l'existence même, pouvaient seuls triompher de leur répugnance. Mais une fois guérie, un refus net était l'expression d'une volonté inflexible. *Je suis guérie*, nous disait-on, *à quoi bon ce que vous demandez. Cela est de pure curiosité et par conséquent inutile : n'y pensez plus.*

La désignation, en toutes lettres, du nom des malades, en tête des observations, serait-elle une garantie suffisante de leur authenticité ? Oui, peut-être, parce qu'elle donnerait le moyen de remonter aux preuves et d'invoquer, dans le doute, le témoignage des personnes intéressées. Mais, sans parler des lenteurs et des difficultés d'une semblable enquête, pense-t-on que des familles qui ont pris soin de tenir cachées les difformités de leurs enfans, qui ont prétexté des voyages loin-

tains de plaisir ou d'affaires pour s'ensevelir dans un établissement orthopédique, seraient très-flattées que le public fut établi confident de leur secret ! On ne s'est jamais avisé de tant de scrupule, pourra-t-on nous répondre, et la plupart des observations médicales portent, en toutes lettres, le nom des individus qui en font le sujet. Le cas n'est analogue sous aucun rapport. Il est des maladies insignifiantes sous le rapport de l'idée qu'on y attache dans la société et dont tout le monde peut s'occuper et parler à son aise sans déplaire aux malades. En pourrait-on dire autant des bosses que les bossus voudraient oublier, et faire oublier, présentes ou passées, et sur lesquelles ils ne plaisantent si souvent que pour prévenir les plaisanteries déplacées qu'elles leur attirent ?

En second lieu les livres de médecine ne sont qu'entre les mains des médecins ; mais un traité d'orthopédie, ouvrage moitié médical, moitié populaire, ne peut-il pas se répandre dans toutes les classes de la société ? Nous avons tout fait pour mettre nos procédés à la portée de toutes les intelligences, pour les expliquer avec une clarté telle qu'un père de famille puisse, les planches de notre ouvrage à la main, faire fabriquer sous ses yeux, par le premier ouvrier un peu habile, les appareils destinés à redresser la taille et rétablir la

santé d'une fille chérie ; ne pouvons-nous pas, sans trop de présomption, espérer que nos vœux seront exaucés et nos intentions remplies? S'il en était ainsi, si notre livre était destiné à l'honneur de figurer dans les bibliothèques particulières, comme dans celle du médecin, n'aurions-nous pas commis une indiscrétion aussi répréhensible que préjudiciable à nos intérêts, en livrant à la connaissance du public et en éternisant ce que des familles entières voudraient effacer de tous les souvenirs.

Ces considérations nous ont déterminé à désigner le pays qu'habite le sujet de l'observation, mais à taire son nom. Quant aux preuves qui doivent éclairer la religion de MM. les Juges du concours, nous croyons les fournir aussi complètes que possible, en mettant sous leurs yeux les témoignages écrits de satisfaction que nos malades et leurs parens nous ont laissés en quittant Morley. Sur cet album, si précieux pour nous, figurent les noms de personnages que l'on ne pourra soupçonner de s'être laissés surprendre. La vérité et le bonheur de leur nouvelle position ont pu seuls leur dicter ces remercîmens dont plusieurs portent l'empreinte du sentiment le plus délicat et de la plus touchante reconnaissance : leur correspondance, postérieure de beaucoup à

leur départ, prouvera encore qu'ils ne s'étaient pas réjouis d'une guérison simplement momentanée.

Nous passerons aux inculpations qui pourront être dirigées contre les observations elles-mêmes, partie principale ou plutôt uniquement essentielle du mémoire. Nous convenons qu'elles ne sont pas rédigées avec cette prolixité de détails que l'on exige quelquefois et qui se retrouve dans certains ouvrages traitant de la même matière. Par exemple, on désirerait peut-être que l'arc représenté par l'incurvation et la flèche de cet arc, fussent mesurés et les produits indiqués; que les divers degrés de saillie des protubérances antérieures de la poitrine, de dépression des enfoncemens latéraux, de torsion du rachis et du bassin, de déplacement des seins et des bras fussent exprimés par des formules mathématiques et que ces opérations fussent répétées au début du traitement et à la fin. On pourrait encore nous reprocher de n'avoir pas signalés, à mesure qu'ils avaient lieu, les changemens survenus dans les difformités, et leurs conséquences, suivant ainsi pas à pas la marche du traitement de manière à faire du lecteur un témoin journalier de ses progrès.

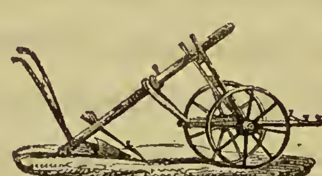
Mesurer et dépeindre mathématiquement toutes les difformités d'un individu atteint de gibbosité, serait une chose fort difficile, dans la plupart des

cas, pour une personne très versée en mathématiques, impossible pour celle qui n'aurait, comme nous, qu'une très-faible idée de cette science. Il ne convient donc pas de donner des résultats inexacts obtenus à l'aide de moyens qui feraient croire à leur parfaite exactitude.

On se rappelle ensuite ce que nous avons dit de la circonstance imprévue qui nous fait publier nos observations. Nous n'y avons point travaillé par avance; nous ne les avons rédigées que sur de simples notes que nous avons recueillies et ces notes, souvenirs fidèles et consciencieux, étaient suffisantes pour retracer à notre mémoire les faits saillans de la maladie et les résultats du traitement essentiels à connaître. Il nous eût été bien facile, nous le savons, de compléter les observations et, sans craindre d'être accusé de donner les premiers l'exemple de ce faux en matière scientifique, de les élaborer à notre aise dans le silence du cabinet, pour les présenter revêtues de toutes les formes exigées, mais nous aurions porté atteinte à la vérité, et, dans toute l'étendue de ce mémoire, elle a été respectée de manière à ne nous laisser redouter aucune enquête.

Au surplus le temps n'est peut-être pas éloigné où il nous sera possible, sans recourir à des moyens situés hors de la sphère étroite de nos connais-

sances, de donner aux histoires des gibbosités que nous serons appelé à traiter tout le complément de détails désirable. Ce sera celui où l'arrêt de proscription lancé contre l'Hybométre étant révoqué, et les répugnances vaincues par le raisonnement, nous pourrons nous servir, au moins dans certains cas, d'un instrument dont nous avons essayé de démontrer au lecteur l'exactitude et l'utilité. En attendant, bien que dépourvu de ces preuves à l'appui, les faits nombreux que nous rapportons n'en sont pas moins concluans et il n'en demeure pas moins constant que beaucoup de gibbosités volumineuses ont été diminuées d'une manière sensible, d'autres réduites à très-peu de chose et que bon nombre enfin ont complétement disparu.



DIFFORMITÉS

DE

LA TÊTE.

DIFFORMITÉS
DE LA
TÊTE.

Articulés entr'eux d'une manière immobile, les os du crâne et de la partie supérieure de la face ne peuvent subir de déformation par déplacement de leurs surfaces articulaires que par suite d'une disposition vicieuse congénitale, ou de maladies accidentelles, dans lesquelles la difformité est le résultat qui mérite le moins d'attention. Aussi toutes ces affections, au lieu de rentrer dans le domaine de l'Orthopédie, appartiennent-elles à la Chirurgie qui n'est que trop souvent impuissante pour réparer tous ces désordres.

C'est donc à la classe des difformités dont l'orthopédiste n'a point à s'occuper que nous rapporterons tous les vices de conformation congénitaux du crâne et de la face, les hydrocéphales, l'os bi-

cipitis, les exostoses et dépressions considérables des os du crâne, les tumeurs fongueuses de la dure-mère avec soulèvement de ces mêmes os, les polypes des sinus frontaux et maxillaires avec écartemeut et saillie de leurs parois, etc., etc.

Toutefois, en réfléchissant à l'extrême flexibilité des os du crâne, dans les premiers temps de l'existence, et à la facilité avec laquelle ils cèdent à une compression soutenue, soit qu'elle résulte de la négligence des personnes auxquelles les enfans sont confiés, ou bien qu'au contraire, elle ait pour but de donner à la tête la forme prescrite par des idées bizarres sur la beauté, comme on en a des exemples chez certaines nations, on n'en est pas moins porté à conclure de là que cette disposition des parties peut être mise à profit dans quelques circonstances. Bien que l'expérience ne nous ait pas encore mis à même de vérifier nos idées à ce sujet, nous ne doutons nullement que certaines difformités du crâne, même de la face, chez des enfans nouveaux-nés ou très-jeunes, ne puissent être corrigées par un appareil bien conçu qui agirait convenablement et surtout avec cette lenteur qui est indispensable, si l'on ne veut pas déterminer des symptômes de compression cérébrale. Il est démontré que l'on vient à bout par la persévérance de donner au crâne une configura-

tion vicieuse; n'est-il pas conforme aux phénomènes ordinaires de notre organisation de réussir plus facilement, par les mêmes moyens, à rétablir les formes dans leur état naturel?

a. L'écartement des os qui forment la voûte palatine est une complication assez fréquente du bec de lièvre congénital. Le procédé par lequel on guérit la seconde de ces difformités, et dont il est fait mention dans tous les traités de Chirurgie, remédie également à la première pour laquelle il il n'est pas ordinairement besoin de moyens particuliers : en effet, il est d'observation que lorsque les bords divisés des lèvres ont été réunis, les os maxillaires et palatins se rapprochent insensiblement et finissent par ne plus laisser de traces de leur séparation primitive. On conçoit que, dans certains cas où la guérison s'opéreroit avec trop de lenteur, une compression continue et modérée, exercée au moyen de pelottes rembourrées doucement et soutenues par un appareil simple et léger, accélérerait le travail de la nature.

La Mécanique peut être d'une nécessité pour ainsi dire indispensable dans le cas de proéminence des dents ou des os maxillaires, ou bien d'un écartement excessif de ces mêmes os portant obstacle à la réunion des lèvres. Cette fâcheuse complication venant à exister, il faut opter entre la

conservation de la difformité et l'ablation des parties saillantes, opération douloureuse, difficile à pratiquer chez des enfans à cause de leur peu de docilité et ayant pour résultat constant une lacune dans la mâchoire supérieure qui n'est plus en rapport de forme et de dimensions avec l'inférieure et ne peut plus aussi bien soutenir les lèvres. Quels immenses avantages ne retirerait-on pas alors d'un appareil qui comprimerait les dents ou l'os maxillaire et les repousserait insensiblement au niveau du reste de l'arcade dentaire supérieure. Une telle machine ne doit être ni difficile à imaginer, ni pénible à supporter. Les points d'appui les plus solides se présentent partout et les arsenaux orthopédiques nous fourniraient des modèles de mécaniques auxquelles il y aurait fort peu de corrections à faire subir pour arriver au but.

Voulant guider le praticien qui rencontrerait un cas de cette nature à traiter, nous pensons que c'est ici l'occasion de dire quelque chose de l'opinion émise, à ce sujet, par des hommes célèbres et des tentatives plus ou moins heureuses faites par eux pour remédier aux inconvéniens qui résultent de la séparation des os formant le voile du palais. Si quelques auteurs comme Sprengel (1), Sharp, etc., ont regardé comme infaillible le rap-

(1) Histoire de la Médecine, T. 7. p. 134.

prochement des os après l'opération du bec de lièvre, d'autres, qui avaient peut être attendu inutilement ce résultat, lequel en effet n'est pas constant, ont conseillé l'emploi de divers moyens, même avant l'opération, pour faire disparaître une difformité qui la rendait difficile et quelquefois impraticable. Ainsi Levret (1), Leblanc (2), Autenrieth ont été d'avis d'employer la compression exercée de préférence par le bandage unissant de Quesnay : Jourdain (3), Desault et Chopart (4) comptaient beaucoup, outre ce premier moyen, sur les effets de la traction opérée par un fil d'or ou de soie qu'on attachait aux dents molaires de chaque mâchoire. Enfin M. Roux (5), voulant remédier aux difficultés qu'apporterait à l'opération de la staphyloraphie l'éloignement trop considérable des os de la voûte palatine, s'est occupé avec M. Miel, dentiste distingué, d'un appareil qui n'était pas encore terminé au moment qu'il écrivait, mais dont la description accompagnera sans doute l'observation du premier cas qui se sera présenté d'en faire l'application.

(1) Ancien Journal de Médecine. T. 39. p. 545.

(2) Précis d'opérat. chirur. T. 1. p. 25.

(3) Ancien Journal de médecine. T. 39. p. 28. Maladies de la bouche. T. 1. p. 450.

(4) Desault et Chopart. Traité des mal. chirurg. T. 1. p. 212.

(5) Mémoires sur la Staphyloraphie. Paragr. v. p. 89.

Ce que nous avons de plus précis et de plus détaillé à ce sujet a paru à l'occasion d'une de ces controverses médicales dont les annales de la science offrent de nombreux exemples (1) et dans lesquelles on ne rencontre pas toujours autant de bonne foi qu'en cette occasion. M. Maunoir, de Genève, ayant présenté à la société de médecine de Lyon l'observation d'un écartement des os palatins et maxillaires guéri par un appareil compressif dont il se croyait le premier inventeur, M. Montain, de Lyon, revendiqua l'invention en sa faveur et prouva à la commission nommée pour vérifier la validité de ses prétentions que semblable succès avait été obtenu par lui deux ans auparavant par des moyens analogues. Nous citerons textuellement le passage relatif à ces faits de pratique orthopédique et chirurgicale en même temps.

Le sujet de cette observation (celle de M. Maunoir de Genève) était un enfant de douze mois, chez lequel les deux maxillaires supérieurs laissaient entr'eux un écartement considérable et même ne se correspondaient pas exactement dans le sens de leur longueur. L'os du côté gauche était fortement porté en arrière et entraînait la lèvre correspondante : le droit, au contraire,

(1) Compte rendu des travaux de la société de médecine de Lyon; par Alphonse Dupasquier, secrét. génér. P. 41—44,

faisait en avant une saillie de trois ou quatre lignes. Les lèvres du bec de lièvre étaient aussi tellement éloignées l'une de l'autre qu'il y avait impossibilité de les rapprocher et de les mettre en contact. En un mot, la mâchoire supérieure était partagée en deux masses latérales distinctes, séparées par une large fente au moyen de laquelle la bouche et les narines ne formaient qu'une même cavité; le palais paraissait donc manquer totalement.

Plusieurs chirurgiens auxquels on avait présenté cet enfant avaient jugé qu'il était impossible de remédier à une semblable difformité. M. Maunoir seul pensa qu'on pouvait repousser en arrière l'os maxillaire du côté droit, le ramener au niveau du gauche, puis les rapprocher l'un de l'autre, afin de faire disparaître l'intervalle qui les séparait.

Pour parvenir à ce but il imagina un toquet en fer, matelassé, qui pouvait se fixer solidement sur la tête et d'où partaient trois léviers élastiques et susceptibles d'exercer à volonté une compression plus ou moins forte. Chacun de ces léviers portait à son extrémité une pelote : une de ces pelotes était appliquée sur la partie antérieure de l'os maxillaire le plus saillant et le repoussait en arrière; les deux autres placées chacune sur le centre de la joue correspondante, sous l'arcade

zygomatique, tendaient à rapprocher les deux portions osseuses originairement séparées.

L'enfant supporta parfaitement l'application de cet appareil. Au bout d'une soixantaine de jours la parallélisme des deux portions du maxillaire était rétabli et la fente qui les séparait primitivement pouvait à peine admettre une carte à jouer. Plus tard on pût pratiquer l'opération du bec de lièvre qui réussit parfaitement.

Le fait de M. Montain étant semblable en tous points à celui-ci nous nous abstiendrons d'en parler; seulement nous rappellerons qu'il était antérieur de deux années à l'autre, ce qu'attestent plusieurs chirurgiens très-distingués de Lyon qui en avaient été témoins.

b. La mâchoire inférieure présente assez souvent une disposition de l'arcade dentaire telle qu'elle déborde la rangée des dents supérieures qui doit au contraire la recouvrir. Cette conformation peut dépendre d'un degré d'ouverture trop considérable de l'angle de la mâchoire ou d'un excès de longueur des branches horizontales ou du corps de l'os; mais bien plus souvent elle est le résultat de l'implantation trop oblique des dents de l'arcade inférieure, comme on le voit chez les noirs. Quelle que soit la cause de cette disposition anormale connue sous le nom de *menton de ga-*

loche, elle affecte la vue désagréablement en donnant à la physionomie un air de vieillesse et constitue une véritable difformité qui mérite d'autant plus de fixer l'attention, que, par un préjugé totalement dénué de fondement, il existe une prévention peu favorable sur l'intelligence des individus qui on sont atteints. Ce qu'il y a de plus vrai c'est que leur prononciation est rarement aussi nette que chez d'autres personnes.

On a essayé de divers moyens pour faire disparaître le menton de galoche et nous citerons entr'autres les *plaques* et les *baillons*. Au moyens des premiers, instrumens inventés par M. Catalan père, on retirait en arrière les dents de l'arcade inférieure derrière laquelle la plaque était placée et l'on reportait en avant celle de l'arcade supérieure audevant de laquelle la lame était fixée. Ces plaques étaient attachées aux grosses molaires et leur partie antérieure, percée de plusieurs trous, laissaient passer des fils qui, de là, allaient aux dents déviées et les rapprochaient de la plaque. Quant aux baillons, c'étaient des masses de plomb destinées à tenir les mâchoires écartées, tandis qu'une lame de bois ou d'ivoire placée devant les dents inférieures et derrière les supérieures tendait à avancer les unes et à faire reculer les autres, agissant ainsi à la manière d'un lévier du

premier genre. Les baillons étaient peu employés parce qu'ils gênaient beaucoup et réussissaient rarement. Les plaques ne l'étaient guères plus pour les mêmes raisons : plus efficaces que les baillons, elles avaient l'inconvénient d'exiger trois ou quatre mois de traitement et il était rare que dans ce laps de temps la gêne, la douleur, ou la lésion des gencives qui pouvaient en résulter ne les fissent pas abandonner.

Le *plan incliné* inventé et employé par M. Catalan fils (1) paraît réunir tous les avantages de ces instrumens sans en avoir les inconvéniens. L'auteur cite plusieurs cas de guérison et jamais le traitement n'a excédé une durée de quinze jours; pendant tout ce temps, le jeune sujet peut exercer les fonctions masticatoires, comme en l'absence de l'appareil, et manger indifféremment de tous les mets. L'appareil consiste en une lame d'or ou de platine, concave comme la rangée des dents de la mâchoire inférieure sur lesquelles elle s'applique exactement et qui est disposée de manière à re-

(1) Journal général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie, par J. Sedillot, T. 40. Paris. Janvier 1814. Mémoire sur un nouvel instrument appelé *plan incliné* destiné à remédier à la difformité vulgairement désignée sous le nom de menton de galoche par M. Catalan fils, Chirurgien-Dentiste.

Dictionnaire des sciences médicales, article dent, gravures représentant l'instrument.

couvrir ces dents en devant, en arrière et en haut sans toucher aux parties molles. Cette lame s'étend depuis les petites molaires d'un côté jusqu'à celles du côté opposé inclusivement. Elle est destinée à donner aux dents inférieures une hauteur artificielle plus considérable que celle qu'elles ont dans l'état naturel, afin qu'elles puissent s'engager derrière les dents de la mâchoire supérieure. Mais les dents latérales devant se correspondre parfaitement, il aurait été inutile d'essayer de leur donner une direction nouvelle. Aussi la lame, qui n'est prolongée jusqu'à celles de la mâchoire inférieure que pour avoir plus de solidité, ne les recouvre-t-elle point supérieurement. Il n'y a que sa portion antérieure et moyenne qui soit surmontée de monticules cunéïformes creux dont le sommet est incliné en arrière et qui s'élève de quelques lignes au-dessus des dents incisives.

Notre expérience ne nous met pas à même de prononcer avec connaissance de cause sur l'efficacité constante ou non du plan incliné. Mais la simplicité de cet appareil, son mode d'action non moins simple et très-facile à concevoir ne permettent guères de douter de son utilité, au moins dans un grand nombre de cas, et justifient les éloges qu'a donnés à son inventeur le savant auteur de l'article *Dent* du Dictionnaire des sciences médicales.

c. Toutes les fois que la tête dont la pose doit être verticale, vient à s'incliner fortement et d'une manière durable dans un sens quelconque, il en résulte une difformité véritable, qui porte le nom de *torticolis*, surtout quand l'inclinaison est latérale. Si la cause du torticolis est passagère, rhumatismale, spasmodique ou toute autre, elle exige les remèdes appropriés à la maladie. L'inclinaison devient-elle permanente, elle rentre dans les déviations de la partie supérieure de la colonne vertébrale et nous renvoyons le lecteur au traitement que nous avons indiqué contre ces difformités.

DIFFORMITÉS

DU

THORAX.

DIFFORMITÉS DU THORAX.

Il nous reste très-peu de choses à dire sur les difformités du thorax, après avoir traité dans les plus grands détails de celles du rachis dont une partie entre dans la composition de la poitrine elle-même. Ainsi, ce serait tomber dans d'inutiles répétitions que de développer le mécanisme en vertu duquel les côtes, entraînées par une incurvation de la colonne vertébrale, s'alongent en se redressant, se rapprochent les unes des autres et attirent à elles le sternum forcé d'obéir par suite des connexions qui réunissent tous ces os entr'eux; d'expliquer comment les côtes opposées, poussées par la convexité de cette incurvation, se courbent outre mesure, s'écartent les unes des autres, présentent une bosse en opposition avec le creux

qu'on observe de l'autre côté et concourent à la déviation du sternum, surtout dans sa partie inférieure, en le plaçant dans une situation oblique, dont la direction varie en raison du genre de l'inflexion spinale.

Les difformités de la poitrine existent rarement seules et sont presque toujours secondaires de celles de la colonne vertébrale. Cependant il n'est pas rare de voir le sternum, les cartilages sterno-costaux et la partie antérieure du thorax en général s'éloigner plus ou moins de la forme normale que l'on connait à ces parties. Certains individus ont le sternum très-bombé dans l'une de ses parties ou dans toute son étendue; chez d'autres, au contraire, il est très-aplati. L'Hybomètre nous a démontré que très-rarement les deux moitiés du thorax sont parfaitement semblables et, par conséquent aussi, cette cavité est rarement symétrique. Il peut en outre exister des saillies partielles de quelques côtes ou cartilages sterno-costaux.

Tant qu'il ne s'agit que de nuances à peine sensibles à l'œil, on ne doit point s'occuper de ces différences qui ne constituent point une difformité, mais bien la manière d'être physique de chaque individu. Si au contraire la poitrine est beaucoup trop bombée ou trop aplatie, si elle est resserrée ou évasée à l'excès dans ses diverses parties, cela

constitue un vice de conformation d'autant plus grave qu'il est presque toujours l'indice d'une constitution rachitique ou lymphatique à l'excès et souvent le symptôme précurseur de quelqu'altération fâcheuse des organes de la poitrine. C'est alors que l'Orthopédie et la Médecine interne, réunissant leurs efforts, peuvent être d'un très-grand secours aux malades ; la première en rétablissant la forme des parties, ce qui rend aux organes le libre exercice de leurs fonctions ; la seconde en combattant, par un traitement approprié, le virus interne dont on est fondé à soupçonner l'existence.

Une des difformités du thorax que l'on observe le plus fréquemment sans complication de déviation vertébrale est celle dans laquelle le sternum est proéminent et toute la partie antérieure de la poitrine configurée comme celle d'un oiseau, forme d'où est venue la dénomination vulgaire *d'estomac de chapon*, sous laquelle on connaît cette affection. Le mécanisme qui préside à sa formation est des plus faciles à expliquer. Chez un individu atteint de rachitisme, d'ostéo-malaxie ou d'une simple disposition à ces maladies, les cartilages sterno-costaux ayant perdu ou n'ayant pas encore acquis la solidité qu'ils doivent avoir, ne deviennent plus, pour les côtes, un obstacle suffisant à

la tendance continuelle qu'elles ont à se redresser; en subissant ce redressement, elles portent le sternum en avant et au lieu de former, avec leurs cartilages, un cintre continu, il y a courbure angulaire à leurs articulations et le sternum, ainsi que les cartilages sterno-costaux, est porté en avant et forme presqu'une surface plane, tandis que les côtés de la poitrine sont moins arrondis et plus comprimés, disposition pathologique qui rappelle la disposition naturelle chez le fœtus. Presque toujours cette difformité se manifeste dans l'enfance : plus tard, l'ossification fait des progrès et les parties se consolident dans cette position vicieuse, ou bien, la constitution venant à s'améliorer, l'action des muscles et une gymnastique bien entendue aidées du jeu des poumons rendent à la poitrine sa configuration naturelle.

L'Orthopédie peut être toute puissante dans les vices de conformation du thorax, surtout dans ceux qui sont indépendans d'une déviation vertébrale. L'à-plomb du corps existant, les points de résistance sont établis de la manière la plus solide à l'opposé de la difformité (voyez l'observation suivante); les presses appliquées sur cette dernière, d'après un système analogue à celui que nous avons exposé dans le traitement des difformités de la poitrine, agiront avec une efficacité pro-

portionnée et on peut s'attendre aux plus heureux résultats, si la maladie n'est pas trop ancienne ou le sujet trop âgé.

La gymnastique prêtera à l'Orthopédie un secours des plus efficaces, surtout si elle est dirigée de manière à mettre en jeu les muscles qui vont de la poitrine aux extrémités supérieures, en leur faisant prendre leur point d'insertion fixe sur ces dernières. C'est ici que pourrait très-bien trouver son application la machine imaginée par M. le Professeur Boyer (1) pour les gibbosités naissantes et qui consiste en une roue tournant avec plus ou moins de facilité, selon les forces de l'individu, au moyen d'une manivelle que l'on établit à sa hauteur. En plaçant l'individu atteint de proéminence du sternum entre deux machines de ce genre, dont on rendrait la rotation plus facile à cause du double effort nécessité, on tendrait de la manière la plus directe à tirer les côtes en dehors, par conséquent, à agrandir le diamètre transversal de la poitrine.

Dans les difformités du thorax existant concurremment avec celles de la colonne vertébrale (voyez les observations XII, XVII, XVIII et XXVIII), on aura à remplir plusieurs indications à la fois, mais on peut encore espérer du succès, si le sujet se

(1) Traité des maladies chirurgicales, etc. T. IV, p. 601.

trouve dans des circonstances favorables. Le pronostic est ici à peu près le même que pour les déviations de la colonne vertébrale : il doit même être plus souvent favorable, puisqu'on n'agit point sur une série d'os réunis, dont les articulations sont quelquefois dans un état assez difficile à reconnaître et à apprécier, mais bien sur des cerceaux osseux qu'il faut courber ou redresser. On conçoit les avantages qu'on doit retirer du mode d'action de la pression qui est perpendiculaire à la direction du lévier; il y a donc lieu de croire qu'elle sera efficace, si le lévier conserve encore de la flexibilité ou si la difformité n'est pas considérable.

Nous renvoyons à la note 2.e de la page 97, Tome 1er, pour l'observation curieuse d'une difformité de la poitrine produite par l'action musculaire et guérie par la section des muscles qui la déterminaient. Les annales de la science contiennent très-peu d'exemples du même cas.

VICE DE CONFORMATION

DU THORAX

FORMÉ PAR LES CARTILAGES DES 2.e, 3.e, 4.e ET 5.e COTES STERNALES.

Traitement terminé en une année par la guérison.

Monsieur J. G*** de Vesserling (Haut-Rhin), portait à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, du côté droit et au voisinage du sternum, une saillie qui se dirigeait de haut en bas et que formaient les cartilages des 2.e, 3.e, 4.e et 5.e côtes sternales. Il en résultait un déjettement assez prononcé du sternum vers le côté gauche et un aplatissement de la partie supérieure et latérale droite de la poitrine.

Ce jeune homme arrivé à l'âge de quinze ans, (sa difformité datait de plusieurs années) était sur le point de partir pour la Suisse où il devait entrer dans le magnifique établissement de M. de Fallemberg. Le retenir à Morley c'eût été nuire à

son éducation et lui faire perdre un temps irréparable. Nous crûmes rendre un très-grand service au jeune G*** et à ses parens qui nous laissaient libre de faire ce que nous voudrions à son égard, en essayant de comprimer la difformité à l'aide d'un appareil portatif qui agirait d'une manière lente et graduée à volonté et qui n'empêcherait point le malade de se livrer à ses occupations journalières, même aux exercices gymnastiques qui sont pratiqués dans la maison où il devait aller.

Après avoir pris les mesures nécessaires, nous renvoyâmes chez lui M. G*** qui revînt quand les appareils furent terminés. Ils lui allaient fort bien et ne le gênaient nullement dans les mouvemens ordinaires, mais cela ne nous suffisait pas, nous voulions que ce jeune homme pût se conformer en tous points à la règle de la maison Fallemberg.

Nous fîmes donc élever dans le jardin une corde de trente pieds de haut, M. G*** monta jusqu'en haut et redescendit avec la plus grande facilité et sans la moindre gêne ; nous le soumîmes encore à quelques autres exercices forcés, puis satisfait de ces épreuves qui nous paraissaient ne rien laisser à désirer, nous renvoyâmes notre malade chez lui et bientôt il se rendit en Suisse.

Une correspondance non interrompue avec ce

jeune homme pendant une année entière nous a appris que ce laps de temps avait suffi pour le guérir complètement et faire disparaître jusqu'aux moindres vestiges de la difformité. Il porta encore pendant quelque temps l'appareil qui avait parfaitement rempli toutes les indications que nous avions eues en vue en le faisant fabriquer.

Depuis, nous avons eu occasion d'en faire usage dans trois cas d'affections analogues. Deux ont guéri dans un espace de temps à peu près égal; le troisième n'a été qu'amélioré, parce que le sujet qui le portait, jeune demoiselle âgée de 19 ans, appartenant à l'une des premières familles d'Angleterre, ne voulut conserver l'appareil que pendant deux mois. La description et les planches représentant cet appareil font partie de ce mémoire.

DIFFORMITÉS

DU

BASSIN.

DIFFORMITÉS

DU

BASSIN.

Un grand nombre de médecins (1) distingués des temps les plus modernes, comme des époques les plus reculées, se sont occupés des difformités du bassin et ont consigné dans leurs ouvrages le

(1) Presque tous les auteurs qui ont traité de l'anatomie pathologique, de la pathologie externe et des accouchemens.

Bassius. Observat. anat. médic. prem. déc. observ. III.

Deventer. Chap. 3. de l'art des accouch. ouvrage cité.

Mémoires de l'Acad. de chir. Tome IV. Mémoire par Louis.

Dissertation sur l'Ostéo-Sarcôme, par Hermann. Leipsick. Avril 1767.

Mémoires de l'Académie des sciences de Dijon. T. 3. Observ. sur une luxation des os de la hanche. Par Chaussier, Hoin et Enaux.

Journal de médecine militaire. T. 7. Observ. par Thomassin.

Journal de Fourcroy. Médecine éclairée par les sciences physiques. T. 4. Observ. par Lhéritier.

Dissertation sur les difficultés de l'accouchement par les pieds. Georges Kaiserlich. Leipsick. 1787. 8.

Decades duœ pelvium spinarumque deformatarum. par Choulant. Lipsiæ 1820. Ouvrag. cités, etc., etc.

fruit de leurs laborieuses recherches ; mais, chose digne de remarque, aucun d'eux n'a songé à proposer un moyen thérapeutique applicable à la difformité elle-même. Un grand nombre n'a eu en vue que les progrès de l'anatomie pathologique et l'utilité de cette science rapportée à l'art des accouchemens : aussi est-ce surtout dans les livres qui traitent de cette branche de l'art de guérir que l'on trouve le plus de choses sur les déformations du bassin, sur le rétrécissement de ses détroits et de son excavation, dans le sens de tel ou tel diamètre, par un changement apporté à la forme des os eux-mêmes ou à leurs moyens de connexion.

Les recueils d'anatomie pathologique contiennent aussi un assez grand nombre d'observations de bassins viciés de diverses manières, mais les faits y sont présentés nuds et secs comme les pièces d'un musée anatomique. Enfin, on trouve dans les traités de pathologie des conseils empreints au coin de la plus saine pratique sur la conduite à tenir dans le cas de relâchement ou d'inflammation des articulations du bassin, considérée comme une maladie, mais on ne s'y occupe nullement de cette maladie une fois que les symptômes graves en sont passés et qu'elle est transformée en difformité permanente, quels que soient les inconvéniens qui puissent en résulter.

Nous croyons donc avoir fait une véritable découverte et présenter quelque chose de nouveau pour la science en publiant le résultat de notre pratique dans le traitement des déviations du bassin qui sont primitives et non secondaires d'une déviation vertébrale. Les cas qui se sont offerts à nous ne sont pas très nombreux jusqu'à ce jour, mais ils peuvent l'être davantage par la suite et ce que nous avons observé suffit pour donner l'éveil aux praticiens et permet déjà d'établir quelques préceptes sur ce sujet.

Les difformités du bassin peuvent être distinguées 1.° en celles qui ont lieu par un changement dans la forme des os eux-mêmes; 2.° en celles qui reconnaissent pour cause une altération de leurs articulations.

Par suite de changemens survenus dans la forme des os eux-mêmes.

A cette classe se rattachent les exostoses du sacrum, du coccix et des os iliaques, développées, soit en dedans, soit en dehors, de la cavité pelvienne; l'aplatissement ou la courbure de ces os s'éloignant assez de la mesure normale pour déterminer un changement remarquable dans les proportions des diamètres respectifs, de telle sorte que l'un acquiert plus ou moins aux dépens de

l'autre. Toutes ces déformations qui s'observent assez fréquemment, mais qui, par une heureuse prévoyance de la nature, sont rarement assez considérables pour apporter un obstacle insurmontable à l'accouchement, sont les résultats ordinaires et presqu'exclusifs du vice rachitique. C'est à tort qu'on les attribuerait à la négligence des nourrices ou des personnes chargées de donner des soins à l'enfant en bas âge et qui, voulant le faire marcher avant que les os aient acquis une solidité suffisante, auraient opéré par là une rétropulsion des cavités cotyloïdes trop faibles pour supporter le poids du corps; il est indispensable d'admettre chez le sujet une prédisposition constitutionnelle qui conservait les os dans un état de mollesse propre à développer cette déformation, et en effet, d'autres symptômes qui se manifestent souvent plustard, viennent à l'appui de notre opinion.

Il est un vice de conformation congénitale du bassin dont on trouve plusieurs exemples dans divers recueils d'anatomie pathologique et qui a fait le sujet d'un mémoire, aussi curieux que savant, publié par M. le professeur Dupuytren, lequel a donné à cette maladie le nom de *Luxation congénitale ou originelle du fémur*. Chez les individus atteints de cette infirmité, *la cavité cotyloïde de l'os des îles ou manque tout à fait ou n'offre, pour*

tout vestige, qu'une saillie osseuse, irrégulière, où l'on ne trouve aucune trace de cartilage diarthrodial, de capsule synoviale, de rebord fibreux et qui est environnée de tissu cellulaire dense et couverte par des muscles résistans qui viennent s'insérer au petit trochanter. La tête de l'os du fémur est, la plupart du temps, conformée comme à l'ordinaire; seulement, légèrement usée aux points de frottement, elle repose sur la face externe de l'os des îles. Dans des cas plus rares, elle est taillée en forme de pointe, en bec recourbé que surmonte un rudiment de ligament rond, et se trouve contenue dans une cavité qui est en rapport de configuration avec elle.

Nous nous contentons d'indiquer la luxation congéniale du fémur, en mentionnant ce que des auteurs recommandables ont écrit à ce sujet (1); mais des faits qui nous ont semblé dignes de fixer l'attention des praticiens, nous ayant autorisé à la considérer sous un point de vue tout à fait nouneau, nous avons publié les résultats de notre expérience dans un ouvrage auquel nous renvoyons le lecteur pour tout ce qui concerne les difformités

(1) M. Dupuytren Mém. cité.

Caillard-Billonnière. Dissert. sur les luxations originelles ou congénitales des fémurs. Paris 1828.

Palleta. Adversaria chirurgica : De claudicatione congenitâ.

par le déplacement des parties constituantes de l'articulation de la hanche (1).

Par altération des moyens d'union des os.

Cette section comprend les luxations du bassin, ses déviations et le relâchement de ses symphyses.

1.° Les *luxations* des os iliaque et sacrum s'observent rarement et, quand elles ont lieu, c'est ordinairement à la suite d'accidens tellement graves, que la difformité qui peut en résulter occupe bien moins que le danger qui les accompagne; aussi pouvons-nous regarder ces maladies comme appartenant exclusivement à la chirurgie.

M. Delacroix, dont le nom pourrait être cité à chaque page d'un ouvrage où l'on traite de la mécanique appliquée au corps humain, a été à même d'observer, il y a quelque temps, une difformité du coccyx trop remarquable pour être passée sous silence.

Une jeune fille de l'âge de treize à quatorze ans, avait le coccyx alongé, mobile et droit, pour ainsi dire, en sorte que le sillon qui sépare les fesses vers leur origine était complètement effacé. A chaque fois que cette jeune personne voulait s'asseoir,

(1) Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale; méthode applicable aux luxations congénitales et aux luxations anciennes par une cause externe.

il lui fallait passer sa main par une fente pratiquée à sa robe et pressant sur l'os qu'elle enfonçait entre les ischions, elle se glissait lentement depuis le bord du siége jusqu'au milieu et reposait ainsi. Venait-elle à faire quelque mouvement irréfléchi ou à négliger une des précautions que nous venons de signaler, le coccyx heurtait la chaise par sa pointe, était renversé en arrière et il en résultait les douleurs les plus aigues tant par le tiraillement des filets nerveux que par la distension des fibres ligamenteuses. Les mouvemens avaient lieu dans l'articulation sacro-coccygienne.

M. Delacroix, enfin consulté par la mère de la jeune personne à qui un scrupule mal entendu avait fait cacher à tous les gens de l'art l'incommodité dont sa fille était atteinte, imagina l'appareil suivant dans l'intention de suppléer à la main de la malade et de maintenir le coccyx renversé en dedans par une pression constante qui permît à l'articulation d'acquérir de la solidité. Une lame d'acier très-flexible et garnie d'un coussinet, est destinée à embrasser le bassin jusqu'à sa partie antérieure, en passant entre les trochanters et les épines iliaques; une lanière de cuir compléte le cercle et fixe solidement cette ceinture. En arrière est une lame de cuivre triangulaire, fixée à la lame d'acier, au moyen de deux clous rivés, et qui re-

couvre le sacrum, en prolongeant son angle inférieur jusqu'à la pointe de cet os. Trois petites plaques mobiles, articulées par charnières entr'elles et avec la grande plaque, descendent de celle-ci jusqu'à un pouce de la pointe du coccyx. La face antérieure de toutes ces parties est recouverte de coussinets de peau de chamois. Leur face postérieure porte, dans toute sa longueur, un ressort d'acier qui donne à toutes les plaques une courbure analogue à celle que doit naturellement avoir le coccyx. Une tige de fer fixée par une de ses extrémités à la partie moyenne de la grande plaque, descend jusqu'au dessous de celle-ci et s'engage, par son extrémité inférieure, sous le ressort dont nous avons parlé. Une vis de rappel, passant par la partie moyenne de la tige, éloigne plus ou moins sa partie inférieure, qui, communiquant au ressort, sous le talon duquel elle est placée, un mouvement de bascule, augmente successivement la convexité des pièces que le ressort soutient, et, par conséquent, la pression exercée sur elles par la partie. Ce bandage étant fixé autour du bassin et garni de sous-cuisses comprime très-exactement le coccyx, le maintient immobile et, dans le cas pour lequel il fut inventé, la malade après l'avoir porté quelques mois, fut entièrement guérie de son incommodité.

2.° C'est surtout aux *déviations* du bassin que s'appliquent les réflexions qui commencent l'histoire de ses difformités en général. En vain on chercherait à s'éclairer sur la conduite à tenir, quand des cas de cette nature se présentent, par la lecture des traités de pathologie anciens ou modernes : des faits épars çà et là et rapportés comme curieux et rares, mais aucune indication de traitement, voilà tout ce que l'on pourrait retirer de recherches faites à cette intention. Nous avons bien connaissance d'une thèse (1), sur laqnelle nous ne tarderons pas à revenir et qui présente deux observations de renversement du bassin; mais, dans ces cas fort intéressans d'ailleurs, la déviation dépendait d'une affection spasmodique des muscles ilio-lombaires et céda en quelques jours à des moyens chirurgicaux, de telle sorte qu'elle ne doit pas plus figurer parmi les difformités permanentes dont nous nous occupons en ce moment, qu'une gibbosité produite par une contraction accidentelle et temporaire des muscles du rachis. Nous allons donc essayer de réunir en faisceau les remarques que notre pratique nous a mis à même de faire sur cette matière et les soumettre au jugement des maîtres de l'art.

(1) *Observations de raccourcissement spasmodique des extrémités inférieures;* thèse présentée et soutenue à la faculté de médecine de Paris, par A.-P.-F. Thibert. Janvier 1821.

D'après nous, il y a *déviation* du bassin, quand le parallélisme entre les deux moitiés de cette cavité a cessé d'exister. Elle est *simple*, si ce parallélisme n'est détruit que dans une direction soit latérale, soit antéro-postérieure; *compliquée* ou *complexe* quand il y a, outre la déviation dans un sens, un renversement ou une torsion de la cavité pelvienne qui en porte une partie en devant et en dedans et l'autre en dehors et en arrière; elle est encore compliquée quand il y a luxation accidentelle ou congéniale de l'articulation coxo-fémorale, raccourcissement d'un membre abdominal par suite de fracture ou de courbure des os, ou par défaut de développement de l'extrémité elle-même.

Supposons l'existence d'une déviation latérale simple à gauche et étudions les effets qui doivent en résulter dans toute la charpente du squelette, en nous rappelant ce que nous avons dit à l'occasion du mécanisme qui préside au développement des incurvations vertébrales, voyez p. 126 T. I.

Le bassin étant incliné à gauche, la colonne vertébrale qui, dans l'état normal, tombe d'à-plomb sur le sacrum, son support naturel, subit les résultats de l'inclinaison de cette base; elle s'incline aussi latéralement de manière qu'il s'établit à la région lombaire une courbure avec convexité à droite, par conséquent du côté de la hanche la plus élevée,

et une concavité à l'opposé. Au-dessus des lombes, une courbe intéressant toute la colonne vertébrale se forme pour rétablir l'équilibre et, en dernière analyse, une scoliose de la région dorsale ou cervicale, avec déplacement des côtes, des clavicules, du sternum, des extrémités supérieures et même de la tête, peut-être amenée par une déviation simple du bassin.

Au-dessous de cette base, des effets aussi faciles à prévoir et à expliquer seront également produits. Le centre de gravité tendant à se porter à gauche, l'extrémité du même côté sera placée d'à-plomb sur le sol, rapprochée de l'axe du corps dont elle est le principal soutien et par conséquent peu saillante. Le membre opposé, saillant en dehors, raccourci en proportion de l'élévation de la hanche correspondante, ne porte qu'une faible partie du poids total du corps et, si le pied repose dans toute sa longueur, ce n'est qu'à la faveur de flexions opérées dans la hanche et le genou gauche, d'une manière pour ainsi dire automatique et sans la participation de la volonté.

Dans la progression, tous ces phénomènes qui n'étaient pour ainsi dire que des tendances, deviennent des effets réels et bien manifestes. Le membre abdominal gauche est-il porté en avant, toutes les flexions s'effacent; le poids du corps en

entier est reporté sur lui ; il devient perpendiculaire et est placé, pour ainsi dire, sous l'axe du corps qu'il supporte. Le membre opposé est au contraire très-saillant et le grand trochanter proéminent ; la pointe du pied fortement étendu ne touche quelquefois pas le sol ou l'effleure à peine, et toute l'extrémité, comme suspendue à la hanche, n'est plus qu'un poids inutile qui irrite et tiraille les muscles qui vont de la poitrine et du rachis au bassin et tend par là à augmenter la déviation.

Ce même membre doit-il à son tour être porté en avant, le poids du corps n'est rejetté sur lui que par un renversement total du tronc, accompagné d'une telle fatigue que bientôt les malades ont recours à un support artificiel et du moment où ils en ont contracté l'usage, l'extrémité qu'il remplace ne rend plus aucun service et ne devient plus qu'un fardeau complétement inutile.

Parmi les complications de la déviation du bassin, celle qui s'est présentée le plus souvent à notre observation est la torsion. Admettons qu'elle existe, jointe à la déviation latérale gauche que nous venons de prendre pour exemple, l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche sera portée de dehors en dedans et d'arrière en avant, tandis que du côté droit elle sera rejettée en dehors et en arrière : la colonne vertébrale subit une

torsion analogue. De cette disposition vicieuse des parties il résulte que le membre gauche se trouve placé en dedans et en avant, et le droit en dehors et en arrière, et quelquefois d'une manière si prononcée que le support dont se sert le malade au lieu d'être placé à la partie externe de la cuisse droite, doit lui être antérieur pour remplir le but dans lequel on l'emploie. Nous avons vu une malheureuse qui, horriblement contrefaite par suite d'une difformité de cette espèce, était dans l'obligation de placer sa béquille en dedans de la cuisse droite, parallèlement à la direction de la gauche. Malgré cette particularité si désavantageuse pour elle, elle marchait encore passablement et nous fournit plus d'une fois l'occasion d'admirer ces inspirations d'instinct par lesquels la nature semble souvent vouloir dédommager ceux qu'elle a frappés de quelqu'affliction grave.

Dans la déviation latérale compliquée de luxation fémorale, la torsion existe presque constamment. Ici le raccourcissement dépendant de la déviation est encore augmenté par la luxation, ce qui peut le porter à un point très-considérable; nous l'avons vu aller jusqu'à six pouces et l'inutilité complète du membre s'en suivre. Les effets qui résultent d'une semblable difformité sont proportionnés aux progrès que chacune des deux maladies a faits.

Il est assez difficile de déterminer d'une manière bien positive la cause première des déviations du bassin. Assez souvent elles sont précédées de maladies graves et se sont montrées comme des crises de ces mêmes maladies. D'autres fois, une affection rhumatismale générale ou locale, des douleurs vagues autour des reins, des hanches, dans les extrémités inférieures se sont fixées sur la partie qui est devenue le siège d'une maladie nouvelle. En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances sur l'infirmité dont il s'agit, il est fort difficile d'établir quelque chose de positif à cet égard et probablement une étude approfondie de cette matière nous en apprendra davantage un jour.

Quoiqu'il en soit, nous sommes fondé à croire que, dans les cas où la cause de la maladie est obscure et douteuse, les déviations pelviennes, sans parler du relâchement qui doit exister de nécessité dans l'articulation sacro-vertébrale devenue le centre des mouvemens anormaux, doivent être rapportées, comme celles de l'épine, à un défaut d'équilibre dans l'action des muscles qui vont du tronc au bassin. Que ceux d'un côté viennent à être atteints de surexcitation, ou bien frappés de débilité relativement à ceux du côté opposé, le bassin n'étant plus maintenu par des forces en harmonie s'inclinera dans un sens

ou dans l'autre, et le désordre sera entretenu et augmenté par les muscles dont les points d'attache se seront rapprochés et qui nous représentent les masses musculaires du côté concave des incurvations spinales. Si les fléchisseurs du bassin sur le tronc l'emportent sur les extenseurs, comme dans la cyphose lombaire, observation XXXIe, la déviation se fera en arrière : au contraire, si ce sont les extenseurs, elle aura lieu en avant et l'axe de la cavité pelvienne formera, avec celui du corps, un angle plus ouvert que dans l'état normal.

Des faits nombreux, dont on peut apprécier la valeur, viennent à l'appui de cette opinion.

Le docteur Thibert, voyez la thèse citée dans la note d'une des pages précédentes, a observé deux cas de renversement latéral du bassin, l'un à droite, l'autre à gauche, par suite d'un spasme toniqne des muscles du flanc. L'un des sujets (c'était, ainsi que l'autre, une jeune fille) avait éprouvé des douleurs d'un caractère rhumatismal non douteux; le second était à peine convalescent d'une maladie très-grave à la suite de laquelle des douleurs mobiles et indéterminées s'étaient déclarées. Chez tous deux, l'épine iliaque d'un côté était plus élevée que celle de l'autre, par conséquent toute l'extrémité se trouvait raccourcie, et de ce même côté, les muscles du flanc, pour nous

servir de l'expression de l'auteur, étaient durs, gonflés et quelquefois sensibles au toucher. Des tractions faites avec ménagement sur le membre le ramenaient à sa longueur, sans grand effort, sans douleur et sans qu'il en résultât de craquement ni de mobilité perceptible pour le chirurgien ou la malade, dans les symphyses sacro-iliaques et pubienne : les tractions étaient-elles suspendues, la déviation se reproduisait. Elle disparaissait également quand on faisait coucher les malades sur le ventre ou quand on les plaçait dans la position d'un individu sur lequel on se dispose à pratiquer le taxis, c'est-à-dire, le tronc et les extrémités fléchis sur le bassin. Dans les deux cas, la guérison se fit attendre peu de temps. La compression et les moxas rétablirent en une vingtaine de jours le premier sujet qui d'ailleurs n'avait pas d'autre maladie. Quant au second, il était à peine guéri de sa déviation, qu'une récidive de l'affection grave à laquelle il venait d'échapper l'emporta et mit à même de reconnaître, par l'autopsie, l'intégrité complète des symphyses pelviennes. Il en était de même de toutes les articulations de l'extrémité raccourcie, quoiquelle fût difforme à l'excès, rétractée et contournée de manière à croiser celle du côté opposé. Une contraction spasmodique des muscles avait seule occasionné tous ces désordres.

Pour notre propre compte, nous avons mainte fois observé, après la réduction des luxations anciennes coxo-fémorales, voyez les observations consignées dans notre mémoire sur cette maladie, que les individus auxquels nous faisions essayer les forces du membre réduit, sur les béquilles à roulettes, éprouvaient, du côté malade, un raccourcissement qui ne devait être attribué qu'à la contraction musculaire. En effet, tandis que tous les signes du replacement de l'os se trouvaient réunis, les épines iliaques n'étaient pas sur le même plan; d'ailleurs, le repos au lit et quelques tractions très-légères sur le membre avaient bientôt fait disparaître ce phénomène qui n'était jamais de longue durée. Dans plusieurs cas de renversement latéral du bassin, nous avons senti, ainsi que M. Thibert, les muscles de la région ilio-costale durs et contractés sous notre main, comme ceux de la colonne vertébrale du côté concave de l'incurvation. Aussi sommes nous parti de ce fait pour expliquer les déviations pelviennes compliquant la plupart des luxations anciennes du fémur qui se sont présentées à notre observation. Selon nous, les muscles qui vont de la partie inférieure du tronc au bassin, fatigués et tiraillés par le poids du membre luxé qui ne repose plus à terre, réagissent avec une énergie qui double leur force,

finissent par attirer en haut le membre pendant, et, par là même, opèrent un renversement du bassin.

Tout ce qui vient d'être dit sur les causes et symptômes des déviations pelviennes doit suffire pour les faire reconnaître de toute autre affection de la même partie, avec laquelle on pourrait les confondre. Le relâchement des symphyses, dont nous allons nous occuper à l'instant, a ses signes particuliers. Il en est de même des luxations et fractures du fémur dont le diagnostic est traité, dans les ouvrages sur la pathologie externe, avec un soin qu'exigeait l'importance du sujet. Néanmoins, on va voir un cas de déviation excessive du bassin accompagnée d'un raccourcissement tel que des praticiens de la plus haute réputation et de la pratique la plus consommée n'ont pû se l'expliquer que par la présence d'une luxation congéniale qui n'existait pas. On évitera peut-être cette erreur en mesurant comparativement chacune des parties constituantes des extrémités et en ne perdant pas de vue que le raccourcissement plus ou moins considérable, le renversement en dedans et en dehors du membre, son abduction, ou adduction, son état d'alongement ou de rétraction, peuvent n'être que le résultat de la contraction spasmodique des muscles de telle ou telle région. Les ten-

tatives d'exploration doivent être dirigées dans cet esprit et souvent, avec de la persévérance, on parvient à faire cesser momentanément les symptômes, ce qui donne l'espoir de les guérir définitivement par des moyens dont l'action soit soutenue.

Nous n'avons jamais rencontré de déviations antérieures ou postérieures du bassin primitives. Elles étaient toujours la suite d'incurvations de la colonne lombaire; voyez les observations.

3.° Il est généralement reconnu aujourd'hui que les symphyses sacro-iliaques et pubienne, solides et serrées, dans l'état naturel, au point de ne pas permettre le plus léger mouvement aux os qu'elles assemblent, peuvent, dans certaines circonstances pathologiques, se ramollir, se relâcher, se rompre même, ce qui donne lieu consécutivement à un écartement plus ou moins considérable ou à une disjonction totale de ces mêmes os. De là résultent une mobilité de l'os iliaque du côté affecté, un alongement du membre correspondant qui varie selon que ce membre est repoussé vers la hanche ou tiré en bas, une douleur dans tous ces mouvemens et une sensation, à l'aide du toùcher, d'un déplacement et d'une sorte de crépitation à la symphyse du pubis et à celle des os des îles avec le sacrum.

Le *relâchement* des symphyses pelviennes s'ob-

serve avant, pendant ou après l'accouchement, à la suite d'une chûte d'un endroit élevé ou bien après le choc d'un corps pesant ou lancé avec force contre le bassin, à la suite d'une maladie interne, de douleurs vagues simulant une affection rhumatismale, enfin sans aucune cause appréciable qui ait précédé. Il est étranger à notre sujet de faire l'histoire détaillée de tous les symptômes qui accompagnent cette affection toujours très-grave, surtout quand elle est portée à un degré considérable : on les trouve exposés dans les traités de pathologie et M. le Professeur Boyer surtout, dans son excellent ouvrage déjà cité a, pour ainsi dire, épuisé cette matière (1). Mais du moment où les accidens sont calmés et que la maladie, quelle que soit la cause qui l'ait déterminée, n'est plus qu'une infirmité accompagée de difformité et de gêne dans les fonctions des extrémités inférieures, elle rentre dans le domaine de l'Orthopédie et les moyens que cette science a à sa disposition ont non-seulement réussi quelque fois à faire disparaître les traces de l'affection, mais encore à en hâter la terminaison, en faisant cesser la cause qui l'entretenait. Telles sont au moins les conclusions que l'on peut tirer des deux observations qui sont à la suite de ce chapitre et qui nous ont semblé devoir compléter

(1) Traité des maladies chirurgic. etc. T. IV, p. 129.

ce que nous avions à dire sur le relâchement des symphyses pelviennes. On y voit quels avantages les malades retirèrent des moyens orthopédiques et si l'effet n'en fut pas également prompt dans les deux cas, c'est que dans le second la maladie datait d'une époque plus éloignée et que le remède ne fut appliqué que très-tardivement.

Traitement.

1.° Les difformités du bassin avec altération de la forme des os eux-mêmes sont au-dessus des ressources de l'art et la guérison ne doit même pas en être tentée. Une exception toutefois est établie en faveur des luxations anciennes du fémur qui ne sont pas accompagnées d'une déformation considérable de la cavité cotyloïde. Dans l'ouvrage que nous devons incessamment publier sur ce sujet, nous avons établi par des raisonnemens et des faits tirés de notre pratique que la réduction en est possible et nous l'avons obtenue nombre de fois, à l'aide de moyens mécaniques dont la description est consignée dans cet ouvrage avec tous les détails nécessaires pour en faciliter l'intelligence. Nous renvoyons donc le lecteur à notre Mémoire, où il trouvera développé un point de doctrine tout à fait nouveau et des faits jusque là sans exemple.

2.° La possibilité du traitement des déviations

du bassin, affection peu étudiée jusqu'à ce jour, peut aussi être établie en principe et les bases de ce traitement sont déjà déterminées parce que l'expérience nous a mis à même d'observer.

Placer le malade au lit et l'y maintenir dans une position qui permette tous les mouvemens nécessités par les besoins naturels; lui rendre cette position aussi supportable que possible, puisqu'elle doit être continuée pendant long-temps; appliquer ou enlever à volonté, sans déplacer le patient, tous les appareils qui contribueront à redresser la difformité, telle est la première indication qui se présente à remplir et qui est commune à tous les cas analogues où la position horizontale est de rigueur. Le lecteur qui trouvera, dans le Mémoire sur les luxations du fémur, la description du lit dont nous nous servons à cet effet, sera à même de juger s'il est aussi convenable que nos succès nous le font croire. Voyez cette description et les 4 planches du Lit mécanique.

La seconde indication consiste à replacer le bassin dans sa position naturelle et on ne peut arriver à ce résultat qu'à l'aide de moyens mécaniques qui doivent agir avec lenteur, continuité et simultanéïté d'action pour déprimer un des côtés du bassin, tandis que l'autre est élevé dans la même proportion (on admet l'existence de la déviation

latérale simple). Les brassières, la ceinture sont indispensables pour fixer le tronc et l'empêcher d'obéir aux tractions diverses qu'il a à supporter, mais l'application de ces moyens, de la ceinture surtout, devra subir de grandes modifications, puisque le bassin a pris une direction oblique; qu'au lieu d'un effort direct et unique, on a à élever un côté et à déprimer l'autre. Les traverses auxquelles s'attachent ordinairement les chefs de la ceinture ne pourront plus être employées ici : Il faudra des points d'insertion susceptibles de le mouvoir et de suivre l'action des appareils à mesure que l'obliquité pelvienne diminuera sous leur action.

De plus longues considérations sur le fonctionsnement des machines seraient inutiles et ne vaudraient pas la description que nous en donnons et la lecture des observations auxquelles elles se rapportent.

3.° Le traitement du *relâchement des symphyses pelviennes* se réduit à une seule et unique indication, placer les parties en position et les y maintenir par un appareil qui permette d'exécuter tous les mouvemens nécessaires. Nous verrons dans les observations suivantes de quelle manière elle a été remplie avec un succès qui justifie la nature des moyens qui ont été employés.

Pour nous, nous ne pouvons encore citer aucun fait de cette nature tiré de notre pratique; mais le temps n'est peut-être pas éloigné où une observation du plus haut intérêt comblera cette lacune. Une jeune dame, atteinte d'un relâchement des symphyses pelviennes avec mobilité des os et douleurs excessives au moindre mouvement qu'on lui faisait faire dans son lit, reçoit en ce moment nos soins. Déjà diverses tentatives pour la transporter au lieu de sa résidence dont elle était éloignée d'une journée de marche avaient été faites infructueusement : des douleurs atroces, suivies d'accidens graves, s'étaient manifestées chaque fois qu'on avait essayé de la transporter, et les efforts les plus persévérans n'avaient pas même abouti à la faire sortir de son appartement. Elle est actuellement à Morley; elle a été descendue d'un premier étage où elle résidait, sans la moindre douleur et a parcouru en un jour une route de sept lieues, sans fatigue ni accidens. Nous attendons l'issue du traitement curatif pour donner l'histoire de cette observation, et la description des appareils dont nous avons fait usage.

PREMIÈRE OBSERVATION.

DÉVIATION LATÉRALE
DU BASSIN.

Traitement commencé en novembre 1828, terminé en avril 1830.

Guérison presque complète.

Mademoiselle F. G***, du Fey-Billot (Haute-Marne), âgée de vingt ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, souffrante seulement par suite de l'infirmité dont nous parlerons plus bas, irrégulièrement réglée, fut amenée à la maison de Morley en novembre 1828. Elle avait inutilement consulté plusieurs médecins pour obtenir guérison d'une infirmité existant depuis sept ans et survenue à la suite d'une fièvre intermittente, pendant la convalescence de laquelle elle avait commencé à boiter, avec douleur de temps

en temps. La claudication avait augmenté progressivement.

Examinée avec attention, cette jeune personne nous présenta une déviation latérale du bassin, avec inclinaison à gauche. Par suite de ce déplacement, le membre abdominal n'était plus perpendiculaire et avait pris une direction oblique en dehors et en avant. Le genou était fléchi et formait antérieurement avec la cuisse un angle de 110 degrés. Le talon se trouvait interne au lieu d'être postérieur et, rapproché de l'autre autant qu'il pouvait l'être, il en était encore distant d'un pied : par conséquent, la pointe du pied se trouvait portée tout à fait en dehors. La région du grand trochanter formait un creux qui, joint aux parties latérale correspondante du bassin et supérieure et externe de la cuisse, donnait un arc de huit pouces d'étendue dont la flêche avait deux pouces. La partie supérieure de la cuisse était aplatie et élargie comme un éventail. Le membre entier, amaigri, ne servait nullement à la station.

Le poids du corps tout entier reposait sur le membre gauche à la partie supérieure et externe duquel on remarquait une saillie considérable, formée par le grand trochanter et la partie latérale externe du bassin. Le centre du tronc présentait une inclinaison marquée à gauche, tandis que sa partie

supérieure, ainsi que la tête, obliquaient à droite pour rétablir l'équilibre. Les parties génitales externes s'appliquaient sur la partie supérieure interne de la cuisse gauche et pendant que la fesse correspondante ronde, saillante, très-élevée était portée un peu en dehors et en avant, la droite aplatie, large, enfoncée l'était en arrière. L'extrémité pelvienne droite ne servant point à la station, comme nous l'avons dit précédemment, une béquille placée à sa partie interne la remplaçait. L'usage habituel de ce support avait déterminé une forte torsion du tronc qui avait porté l'épaule gauche en avant et la droite en arrière.

Tel était l'habitude extérieure de cette jeune fille dont le seul aspect inspirait la pitié. La progression était très-pénible pour elle et s'il lui arrivait de la prolonger; il en résultait de la douleur. L'articulation coxo-fémorale droite était le siège d'une sensation douloureuse permanente qui augmentait par le mouvement et se prolongeait le long de la cuisse jusqu'au genou.

Ayant eu à traiter une difformité à peu près semblable avant la formation de notre établissement, tous les appareils que nous avions employés alors avec succès étaient encore présens à notre mémoire : nous en fîmes donc confectionner de semblables avec lesquels nous espérions obtenir

les mêmes résultats, mais quel fut notre désappointement quand, étant terminés et appliqués, la malade ne pût les supporter. Nous essayâmes de les modifier; nous en imaginâmes d'autres qui pûrent rester en place sans causer de douleur, mais qui ne remplissaient toujours notre but que d'une manière incomplète. Enfin, nous fûmes quinze jours à réitérer nos essais et à exercer notre imagination sur le même sujet avant de nous apercevoir de la difficulté qui venait de ce que la ceinture, au lieu d'être fixe et transversale, devait être mobile et oblique cemme la direction du bassin. Cette seule cond tion, d'une indispensable nécessité, exigeait des appareils nouveaux à l'aide desquels on pût suivre les mouvemens du bassin, à mesure qu'il tendrait à reprendre sa direction normale, et le soutenir pour s'opposer au frottement. Après en avoir réuni tous les matériaux épars, nous fîmes placer la malade sur le lit mécanique et nous la soumîmes à leur action : les deux léviers opposés furent abaissés graduellement; en même temps nous appliquâmes les mains sur les hanches, et suivant de l'œil tout ce qui se passait, nous vîmes le bassin se replacer doucement et toute difformité du corps, ainsi que des extrémités, disparaître comme par enchantement.

Pendant que les assistans, étrangers à la science, contemplaient avec surprise ce qui n'était pour eux qu'un simple changement de formes avantageux et inespéré, il se passait dans notre âme un sentiment de satisfaction d'une toute autre nature. A l'aide de cette mécanique, si souvent l'objet d'attaques violentes, nous venions d'obtenir la guérison d'une maladie pour ainsi dire inconnue, qui avait déformé le corps entier! Quelle gloire pour l'Orthopédie! Quel succès à opposer à ses détracteurs!

Cependant nous avions dépassé le but. Tout en obtenant, par ce replacement instantané, la certitude d'une réussite, nous n'ignorions pas que cette marche rapide ne nous donnerait pas des résultats durables, aussi nous laissâmes les choses revenir à l'état où elles étaient avant nos manœuvres, puis nous disposâmes les appareils à agir graduellement, n'allant en avant qu'à mesure que l'amélioration obtenue était solide. Nous nous en apercevions quand la déviation ne tendait pas à se reproduire, l'action des appareils étant suspendue momentanément. Nous arrivâmes de cette manière à un redressement complet et nous nous assurâmes de sa solidité par les mêmes épreuves renouvelées, d'abord pendant une heure, puis deux, puis un jour entier.

Après avoir obtenu, à cet égard, toutes les garanties possibles, nous levâmes sur le brancard brisé la malade qui était couchée depuis huit mois et soumise depuis cinq mois à l'action des appareils (1); on la promena dans le jardin et dans la campagne.

Un mois après, elle fut placée sur le lit mobile articulé et au bout de quinze jours sur les béquilles à roulettes. C'est à cette époque qu'elle fit usage des bains de vapeur sulfureuse et des douches d'eau froide. Après un mois de ce traitement, elle prit les béquilles simples et les conserva jusqu'à sa sortie de l'établissement qui eût lieu en avril 1830.

Alors il n'existait plus qu'une différence de trois à quatre lignes dans la hauteur comparée des deux épines antérieures et supérieures des os iliaques, ce qui déterminait une légère flexion du genou droit, mais il n'en résultait aucune gêne pour la marche. On ne remarquait d'ailleurs cette différence que dans la station et elle pouvait bien s'expliquer par la faiblesse déjà très-ancienne du membre et l'habitude de se porter sur l'autre : peut-être même aurait-elle disparu complètement si la malade fût restée plus long-temps à l'établissement, ainsi que nous en avions témoigné le désir à sa famille.

(1) Voyez la description détaillée de ces appareils et les diverses planches dressées.

Un an après sa rentrée dans la maison paternelle, Mademoiselle G*** nous a écrit pour nous apprendre qu'elle jouissait toujours d'une santé excellente, qu'elle marchait librement et sans béquilles et que ses parens étaient sur le point de la marier.

DEUXIÈME OBSERVATION.

RENVERSEMENT LATÉRAL

ET TORSION DU BASSIN,

AVEC INCURVATION ET TORSION DU RACHIS.

RÉTRACTION DE LA CUISSE SUR LE VENTRE ET DE LA JAMBE SUR LA CUISSE.

Traitement commencé en mai 1829, terminé en août 1830.

Guérison complète.

Mademoiselle C. M*** de Lyon, née de parens sains et doués d'une bonne constitution, bien constituée elle-même, et d'un tempérament sanguin, n'ayant jamais habité que des lieux salubres, ayant essuyé toutes les maladies de l'enfance à un degré modéré, laissa remarquer chez elle, dès l'âge de huit à dix ans, une faiblesse ou une flexibilité telle de la colonne vertébrale qu'il en résulta des incurvations variables, quant au siége et à la direction, et qui se succédèrent les unes aux autres.

A la fin de sa treizième année, époque à laquelle elle n'était pas encore réglée, elle fut atteinte d'une maladie, que l'on qualifia de fièvre nerveuse très-violente, et qui s'accompagnait de douleurs d'estomac des plus aigües et de convulsions se renouvelant plusieurs fois par jour. MM. Gensoul et Janson, médecins très-distingués de Lyon, lui donnèrent pendant plusieurs mois des soins infructueux. Tous les moyens délayans et antispasmodiques fûrent épuisés inutilement ; on essaya, sans plus de succès, de remédier à une constipation opiniâtre par l'usage habituel des lavemens d'eau de laitue, etc., mais les douleurs qui avaient leur siège d'abord dans l'épigastre se prolongèrent dans le bas-ventre et dans la région des reins et devinrent intolérables ; les digestions s'altérèrent ; l'amaigrissement survînt et, avec lui, le marasme et une fièvre hectique que l'on combattit à l'aide du sulfate de quinine.

Trois mois s'étaient écoulés dans ce fâcheux état de choses, quand on s'aperçût d'un dérangement dans le bassin et le membre abdominal gauche. On y fit d'abord peu d'attention, ou plutôt on ne voulût pas s'en occuper dans le commencement, l'état général causant des inquiétudes plus graves; mais à mesure que le désordre des parties osseuses du bassin augmentait, le calme paraissant renaî-

tre dans le système nerveux, soit par les effets du traitement, soit par les efforts de la nature qui établissait ailleurs un dépôt critique du *principe délétère,* on s'occupa enfin de l'affection secondaire qui ne cessait de faire des progrès et on réunit à ce sujet une consultation de médecins.

Alors la torsion du bassin était très-prononcée; le membre abdominal gauche était porté à droite et en avant, la cuisse fléchie sur le ventre, la jambe sur la cuisse, et les reins, ainsi que la fesse et le genou, étaient devenus le siége de douleurs profondes et presque continues. Les consultans pensèrent avoir affaire à une luxation spontanée du fémur à laquelle ils n'opposèrent d'abord que des frictions sèches, puis des liniments de diverse nature; on y adjoignait les émolliens et les calmans de toute sorte: plus tard, les douleurs et la souffrance générale ayant considérablement diminué, on changea de système de traitement et on attaqua la prétendue luxation par les moyens extrêmes. Des ventouses sèches et scarifiées, des vésicatoires volans, des moxas au nombre de six, appliqués de deux en deux jours et entretenus pendant long-temps, fûrent employés dans le courant de janvier 1828, sans améliorer en rien les symptômes. Seulement, la menstruation s'établit dans le mois d'avril suivant.

La flexion de l'extrémité gauche allant toujours en augmentant, on essaya d'y remédier par l'extension, mais comme le membre n'avait pas été fixé, il avait repris dès le lendemain sa position ordinaire. Enfin les progrès du mal étant arrivés au dernier degré en novembre, on revint aux moxas et on en appliqua douze à deux jours d'intervalle. La rétraction n'en devint que plus forte; il s'y joignit une telle exaltation de la sensibilité qu'on ne pouvait plus toucher le membre abdominal gauche sans exciter de vives douleurs suivies, la plupart du temps, de convulsions. Chaque fois qu'il fallait lever la malade pour un besoin quelconque, ce spectacle déchirant se renouvelait et portait au comble le désespoir de la patiente et de ses parens. Dans cet état de choses, ne pouvant plus tirer aucun secours de la médecine, ils se décidèrent, d'après les conseils de M. le docteur Janson, à venir à Morley nous présenter leur fille et réclamer pour elle les secours de l'Orthopédie. La difficulté était de faire faire à un être souffrant un voyage d'aussi long cours; après y avoir long-temps réfléchi, on s'arrêta à l'expédient suivant qui consistait à placer la malade sur un matelas reposant lui-même sur un plateau attaché par des courroies dans l'intérieur d'une voiture spacieuse et suspendue de la manière la plus

douce. On marcha de la sorte tant bien que mal, à petites journées; les momens les plus pénibles étaient ceux où il s'agissait de monter ou de descendre de la voiture : enfin, après plusieurs jours de route et de souffrances, la malade arriva à Morley le 10 mai 1829.

Agée alors de seize ans, elle ne conservait plus aucun reste de cette bonne constitution que ses parens disaient lui avoir vue avant ses souffrances. Elle était maigre et avait le teint jaune; ses dents étaient noires et cariées. Les fonctions se faisaient mal, celles du tube intestinal surtout. Il y avait une constipation opiniâtre que l'on soulageait incomplètement par les lavemens : les digestions étaient pénibles et telle était l'irritabilité de l'estomac que, lorsqu'elle mangeait, si une pression quelconque, même passagère, venait à avoir lieu sur l'épigastre, ne fût-ce que le choc d'une assiette qui aurait légèrement heurté la région de l'estomac, elle était immédiatement suivie de vomissemens, à moins que la malade ne se tournât tout aussitôt le corps du côté gauche, ce qui prévenait cet accident et augmentait la torsion déjà existante.

Quant aux symptômes de l'affection principale, il y avait impossibilité absolue de faire changer de place les membres abdominaux : seulement, le droit

exécutait quelques mouvemens dans l'articulation tibio-tarsienne, mais la douleur rendait nuls ceux des jointures coxo-fémorale et fémoro-tibiale quoiqu'elles fussent libres et non ankylosées. L'extrémité droite était dans l'extension la plus complète; la gauche au contraire était fléchie, la cuisse rapprochée du ventre et la jambe de la cuisse de manière que le talon n'était distant de la fesse que de deux pouces. Le bassin était contourné de telle manière que l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal gauche dépassait à droite le plan moyen : il était encore renversé latéralement, car l'épine antérieure et supérieure était plus élevée que la droite de quatre pouces et demi. Sur la fesse gauche devenue antérieure apparaissaient de larges cicatrices provenant de l'application des dix-huit moxas dont nous avons parlé. Il y avait en outre déviation et torsion de l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale.

Au moindre mouvement que l'on produisait, soit pour changer la position de la patiente, soit pour exercer quelques tentatives d'exploration, on déterminait des douleurs affreuses suivies immédiatement après de convulsions très-fortes, qui se prolongeaient une, deux et même trois heures.

La première indication à remplir était d'éloigner la jambe de la cuisse, en d'autres termes,

de l'étendre ; il fallait en outre aviser au moyen d'éviter à la malade toutes les secousses douloureuses que nécessitaient à chaque instant les besoins de la vie. Dans cette intention, nous fimes construire un chassis dont nous donnerons la description, avec celle de toutes les machines qui ont rapport à cette observation, dans le chapitre où il est traité des appareils pour les difformités du bassin.

A l'aide de ce chassis, nous passâmes des sangles transversalement sous la malade ; elles furent toutes bien tendues et fixées au chassis en sorte qu'il nous fut possible par leur moyen de soulever la malade, sans qu'elle ressentît le moindre mouvement, et de changer sa position selon le besoin. La portion du chassis, qui était mobile, servait à lui élever la partie supérieure du tronc, pour la mettre à même de prendre de la nourriture plus commodément. Avec cet appareil nous pouvions soulever la malade, la changer de lit, même de chambre, en la plaçant sur un brancard brisé.

Tout étant ainsi disposé, nous fimes glisser une feuille de carton bien mince et bien lisse entre la jambe et la cuisse, en la rapprochant le plus possible de l'articulation du genou. On aura peine à croire que cette manœuvre, exécutée avec douceur et ménagement, fût suivie immédiatement

d'une convulsion qui dura une heure et demie et nous obligea à suspendre toute tentative nouvelle. Deux heures après que le calme fût revenu, nous plaçâmes une seconde feuille qui ne produisit qu'un léger mouvement convulsif de courte durée. Les épreuves de la journée se bornèrent là et nous prescrivîmes des antispasmodiques et des calmans.

Le lendemain, un troisième carton fût placé entre les deux autres, puis un quatrième et ainsi de suite, ce qui produisit un écartement d'environ quatre lignes; il survînt tout-à-coup une convulsion qui nous obligea à en rester là pour la journée; mais comme nous ne voulions pas perdre l'avantage que nous avions obtenu, nous fixâmes le pied et l'extrémité inférieure de la jambe avec des sangles attachées au chassis. Après *six jours* de soins soutenus et de l'emploi des mêmes moyens, nous parvînmes à étendre complètement la jambe et nous triomphâmes d'une rétraction qui existait depuis *vingt mois*. Mais nous ne pûmes rien diminuer de la rétraction de la cuisse sur le ventre. Le membre fût maintenu dans cette position au moyen de sangles. On verra dans la description du chassis qu'il avait un pied de plus en largeur que le lit : cette précaution était indispensable pour soutenir le pied et la jambe qui le débordaient, la flexion de la cuisse sur le ventre formant un angle qui excédait l'angle droit.

La malade étant rétablie de la fatigue causée par ces épreuves, avant de la soumettre à l'action d'autres moyens, nous jugeâmes à propos de lui faire respirer l'air de la campagne si bienfaisant à l'époque de l'année où nous nous trouvions. Au moyen du premier appareil, on la plaçait sur le brancard brisé, de manière à maintenir le tronc un peu fléchi et on la transportait ainsi sans mouvement ni douleur, soit dans le jardin, soit dans la campagne. Pendant ce temps, on préparait le lit mécanique dont on trouve la description dans notre ouvrage sur les luxations coxo-fémorales.

Quarante jours après son arrivée à l'établissement, la malade était placée sur ce lit, et dans les premiers temps qui suivirent cette position nouvelle, divers appareils fûrent inventés, appliqués et mis en jeu sans en obtenir le moindre résultat. En effet combien d'indications à remplir, toutes moins faciles les unes que les autres! Retourner et redresser le bassin, en observant les précautions nécessaires pour ne pas aggraver les désordres résultant de la prétendue luxation coxo-fémorale; faire reprendre à la cuisse sa position naturelle; séparer les membres abdominaux dont le gauche, reporté en avant et croisant la partie supérieure de celui du côté droit, ne lui permettait pas le moindre mouvement, et, tout en même temps,

protéger les cicatrices des moxas que le frottement ulcérait et diminuer, autant que possible, la violence des douleurs réveillées par la plus légère traction, telles étaient les difficultés que nous avions à surmonter et en face desquelles nous nous trouvions, semblable à peu près à un chirurgien qui, ayant décidé une opération grave et hasardeuse, voit plus clairement que jamais, à l'instant de porter le premier coup de bistouri, toute l'étendue des dangers qu'il a à vaincre, mais devant lesquels il ne lui est plus possible de reculer.

Nos idées enfin arrêtées sur tous ces points et les pièces d'appareils que nous avions jugées propres à remplir toutes les indications étant disposées, on éleva la malade à la hauteur de quatre pieds, au moyen du premier chassis, pour la placer dans le lit situé sous elle. Tout cela se fit avec une facilité et une promptitude dont le mérite revient en grande partie aux ouvriers que nous employâmes à cette occasion. Tout fut ensuite fixé très-solidement et la jeune personne replacée sur son nouveau lit, non sans quelques douleurs qui déterminèrent une convulsion.

Le 26 août, surlendemain du jour où avaient eu lieu tous ces changemens, nous commençâmes à dégager les membres abdominaux, employant à cet effet le moyen qui nous avait si bien réussi

pour vaincre la rétraction de la jambe sur la cuisse. Nous fûmes obligé de nous arrêter à l'interposition de la seconde feuille de carton, parce que le léger mouvement qui en résulta occasionna une convulsion de deux heures de durée. Cet effet se renouvela le 27, quand la quatrième feuille fut placée ; c'est pourquoi nous laissâmes reposer la malade le jour suivant.

Le 29, désirant profiter du mouvement déterminé par une crise que nous attendions et qui eût lieu en effet, en plaçant un cinquième carton avec un coussin, nous fîmes disposer une planche longue de trois pieds, large de quatre pouces, épaisse de cinq lignes, de manière qu'elle était soutenue au pied par une traverse, tandis que l'extrémité opposée s'appuyait sur deux cordes : elle resta trois jours dans cette position. Le 2 septembre, nous glissâmes, entr'elle et le membre, des sangles qui fûrent dirigées transversalement et fixées à la pièce en bois que nous avions fait appliquer sur les traverses latérales du chassis cintré. Quand elles vinrent à être bien tendues, la planche ne portait plus, mais il survint une crise qui dura trois heures et demie : la planche fut enlevée en détachant la traverse et en baissant les cordes et on laissa quelques jours de repos à la malade. Alors, il existait, entre les sangles qui

supportaient la jambe droite et celles qui soutenaient la gauche, un intervalle de quatre pouces quatre lignes; dès ce moment l'extrémité droite eût la facilité de se mouvoir un peu.

Tout étant ainsi disposé, les léviers graduellement et proportionnellement chargés, nous commençames à faire marcher le chassis mobile qui, par le moyen de la ceinture et des autres pièces d'appareil, devait entraîner dans son mouvement le bassin et les extrémités. Le point de départ fut marqué par un trait à l'encre et la machine mise en jeu jusqu'à ce qu'une vive douleur nous forçât de nous arrêter; un nouveau trait marqua le chemin parcouru, il n'était que d'une ligne. Tout fut maintenu dans la même position au moyen d'une brochette qui arrêta le rouleau supérieur et à l'aide de la vis de pression située inférieurement. Il nous fut alors possible de reconnaître que le genou gauche était remonté de quatre pouces et demi.

Quand nous eûmes de la sorte gagné successivement trois ou quatre lignes, la malade nous prévînt qu'elle sentait le bassin se porter à gauche et qu'en même temps elle éprouvait de vives douleurs dans la région des reins. A l'instant, nous fîmes placer une sangle avec un coussin en forme de coin dont la base était supérieure : elle se

prolongeait sous le bassin, et allait gagner la partie latérale externe droite du lit par l'une de ses extrémités à laquelle nous appliquâmes un corps pesant, tandis qu'à l'autre était fixé un boudin à ressort attaché à une traverse du lit. Aussitôt la malade se sentit soulagée par l'addition de cette sangle qui unissait son action à celle des autres appareils.

Nous étions devenu simple spectateur du fonctionnement de toute la machine qui agissait d'une manière lente, mais graduée et soutenue. Les progrés obtenus étaient sensibles et dès le premier octobre, les genoux avaient tellement changé de position que nous commençâmes à douter de l'existence d'une luxation. Le chassis cintré ne parcourait guères qu'une demi-ligne ou une ligne au plus par jour et cependant nous étions parvenu à placer les fonds sanglés supérieurs qui supportaient les membres abdominaux dans une position oblique telle que le côté droit était très-élevé et le gauche abaissé dans la même proportion. Il en résultait donc que les extrémités se trouvaient reposer sur un plan incliné, immobiles et soumises aux lois de la pesanteur qui agissaient de droite à gauche, tandis que le bassin était mû par les piéces d'appareil qui lui étaient appliquées de manière à ce que les hanches fûssent portées

dans des directions tout-à-fait contraires les unes aux autres, c'est-à-dire, la gauche en dehors, en arrière et en bas, et la droite en avant, en dedans et en haut. Le résultat définitif de toutes ces tendances opposées était le rétablissement des choses dans l'état normal.

Le 20 octobre, la malade éprouvait depuis le matin une douleur de reins violente; vers une heure, on nous fit appeler et nous reconnûmes sur le champ qu'un mouvement extraordinaire, quant à son étendue, s'était opéré dans le bassin : les membres abdominaux étaient presque dans l'état naturel. Pendant que toute notre attention était absorbée par ces phénomènes inattendus, il se déclara en notre présence une convulsion très-forte et plus effrayante qu'aucune de celles dont nous eussions été témoins. Nous avions profité d'un état de choses semblable pour séparer les jambes; l'idée nous vint de mettre également à profit la même circonstance pour achever de replacer le bassin et les extrémités pelviennes. Plusieurs personnes étaient présentes à cette scène; nous distribuons à chacune d'elles le rôle qu'elle a à remplir; un nombre de mains plus que suffisant protége la jeune personne contre les suites souvent dangereuses des mouvemens désordonnés que pouvait occasionner un état con-

vulsif général et ma voix, seule au milieu d'un silence qu'interrompaient de temps en temps les cris de la malade, fait entendre l'ordre des manœuvres à exécuter. Cependant le replacement s'opérait : chaque cri de la jeune C*** indiquait un succès obtenu et on se fera difficilement une idée de notre joie et de la surprise de tous les assistans, quand on vit les hanches complètement de niveau et les extrémités parfaitement égales. *Elle est guérie*, m'écriai-je aussitôt, *débarrassez-la de tous ses appareils. Clotilde vous êtes guérie.* Les convulsions avaient cessé ; elles avaient été remplacées par un état d'abattement suite ordinaire de l'excitation qui avait précédé et, au bout d'une demi-heure, la malade revenue à elle, croyant à peine à son bonheur, regardait avec une émotion qui faillit amener une syncope, ses jambes droites, parallèles et de longueur égale.

Dès l'instant où nous l'avions ordonné, tous les appareils avaient été enlevés. Les convulsions ne se remontrèrent plus; la régularité se rétablit dès les jours suivans dans toutes les fonctions; la constipation que l'on pouvait rapporter à la compression des nerfs qui terminent la moëlle vertébrale avait cessé instantanément et ne se renouvela plus; les ulcérations des plaies des moxas se guérirent; enfin l'état général était devenu très-bon et il n'existait point de luxation.

Le 24, sommeil calme, mais peu prolongé pendant les nuits précédentes. Douleur de jambe qui n'a pas de suites fâcheuses. Déjections faciles. La malade est replacée dans le lit mécanique sans douleur, ni menaces de convulsions. Application d'une ceinture qui maintient et assure la position du bassin. Bien-être par suite de cette application.

Le 25, la malade est placée horizontalement dans son lit et ne s'en trouve que mieux.

Tous les jours nous nous occupâmes à compléter la cure en combattant successivement tout ce qui restait de la maladie. Ainsi nous rétablîmes les mouvemens des cuisses puis ceux des genoux, lentement et avec précaution; la marche fut permise d'abord avec les béquilles à roulettes, puis avec les béquilles simples et enfin sans supports. Des promenades, de plus en plus longues, étaient ordonnées et supportées sans fatigue; enfin la malade figura à un bal où elle dansa pendant six heures sans interruption.

Les bains émolliens d'abord, puis fortifians et les douches de même nature furent employés pendant la convalescence et au bout de quinze mois, Mademoiselle C*** quitta l'établissement dans l'état de santé le plus prospère, guérie de l'incurvation vertébrale et du renversement du bassin.

TROISIÈME OBSERVATION. (1)

RELACHEMENT DE LA SYMPHYSE SACRO-ILIAQUE DROITE,

CONFONDU DANS LE PRINCIPE AVEC UNE LUXATION SPONTANÉE.

ERREUR RECONNUE AU BOUT DE QUELQUE TEMPS.

Guérison promptement obtenue au moyen de la compression.

Une jeune demoiselle de vingt ans, d'une constitution assez bonne, mais présentant quelques indices d'une disposition scorbutique, est prise, en 1820, sans cause connue, d'une fièvre continue qui cesse au bout de quinze jours après l'emploi de moyens simples et insignifians. Peu de temps après, douleur dans toute la hanche du côté droit sans en assigner le siège précisément, claudication, progression difficile et douloureuse; la sensibilité existe, même au lit, et augmente quand la malade se retourne sur l'un ou l'autre côte.

(1) Communiquée par un collègue d'un département voisin du nôtre.

Appelé pour donner des soins à cette jeune personne, nous prescrivîmes le repos au lit, une application de quarante sangsues en deux fois sur la partie souffrante et des topiques répercussifs. Soulagement des douleurs pendant le décubitus, mais impossibilité de se soutenir sur l'extrémité sans les renouveler aussitôt. Nous examinâmes alors les deux cuisses et nous observâmes un excès de longueur de plus d'un demi-pouce du côté affecté: nous avouons qu'ayant négligé dans cet examen la précaution d'y comprendre comparativement les épines iliaques, nous demeurâmes convaincu que nous avions à traiter une luxation spontanée commençante. Un confrère appelé en consultation examina aussi imparfaitement que nous, fût du même avis et, pendant notre absence, annonça charitablement d'un ton doctoral, *que le traitement de la maladie avait été manqué dès le début et que la malade resterait estropiée ou même succomberait après avoir long-temps souffert et langui dans son lit.*

Un autre médecin d'une ville voisine, praticien d'une grande expérience et d'une haute réputation, vit aussi notre jeune fille, l'examina tout aussi bien que nous, jugea et pronostiqua de même, seulement avec des réflexions plus obligeantes pour nous.

Cependant la maladie continuait; l'alongement du membre augmentait sans que les douleurs fussent plus vives et que l'état général empirât. Un jour ayant cru remarquer que la différence de longueur entre les deux extrémités variait, nous portâmes sur ce symptôme la plus grande attention et nous reconnûmes qu'il disparaissait presque totalement en repoussant en haut le membre malade et qu'il se reproduisait par une manœuvre contraire; finissant alors par où nous aurions dû commencer et bravant les scrupules déplacés de la malade, nous comparâmes avec soin les deux épines iliaques. L'erreur fut aussitôt reconnue que soupçonnée et le remède bientôt appliqué. Une ceinture de peau de daim, serrée fortement avec des boucles et des courroies, fixée par un scapulaire et un sous-cuisse, fut placée autour du bassin après que l'os des îles du côté malade eût été remonté au niveau de l'autre. Nous prescrivîmes en outre la continuation du repos le plus absolu.

Cette recommandation fût observée pendant huit jours, mais alors, la malade impatiente de connaître l'effet de sa ceinture et de savoir si elle en retirerait des avantages proportionnés à la gêne qu'elle lui causait, se leva et vit avec autant d'étonnement que de satisfaction qu'elle marchait facilement et sans douleur. Cet essai fût renouvelé

plusieurs fois avec beaucoup de précautions, et comme aucun accident n'en résulta, la malade resta levée toute la journée; enfin, au grand désappointement du collègue mauvais prophète, la guérison fût prompte et exempte de rechûte : seulement on eût la précaution de faire continuer pendant long-temps encore l'usage de la ceinture bienfaitrice.

QUATRIÈME OBSERVATION (1).

DOULEURS
DANS L'ARTICULATION SUPÉRIEURE DE LA CUISSE GAUCHE,
RAIDEUR DANS L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE CORRESPONDANTE
ET GRANDE DIFFICULTÉ DANS LES MOUVEMENS DE CETTE PARTIE.

Au mois de juillet 1789, nous fûmes invités MM. Pelletan, Gobert et moi, de prescrire les moyens convenables pour remédier aux accidens qu'éprouvait un jeune homme de la province du Berry, âgé d'environ vingt ans. Dans l'exposé de la maladie, on rapportait qu'elle s'était annoncée en 1786 par des douleurs dans l'articulation su-

(1) Recueillie par Lhériter. Voyez, *la Médecine éclairée par les Sciences physiques*. Journal rédigé par Fourcroy. T. IV. p. 236.

périeure de la cuisse gauche, douleurs auxquelles on ne fit pas grande attention d'abord, qui se dissipèrent ensuite, puis reparurent après un bain pris à la rivière et s'accompagnèrent d'une raideur dans l'articulation coxo-fémorale correspondante et d'une grande difficulté dans les mouvemens de cette partie.

Il y eût alternative de calme et de retour des accidens jusqu'en 1789, où la rigueur de la saison parût donner une intensité nouvelle aux symptômes, rendre la marche de plus en plus douloureuse et augmenter la raideur de l'articulation de la hanche. On s'aperçut en même temps que le membre devenait alternativement plus long ou plus court que l'autre. Les bains et douches d'eaux minérales, des vésicatoires, des boissons sudorifiques fûrent employés et procurèrent du soulagement. D'un autre côté, les chirurgiens traitans avaient divergé d'opinion sur la nature du mal, et, tandis que les uns y voyaient une altération de la partie supérieure du fémur, les autres l'attribuaient à un vice héréditaire scrophuleux ou rachitique, appuyant leur opinion sur la mauvaise conformation de la poitrine chez les parens du jeune homme.

Quand le malade nous fût présenté, il n'y avait ni engorgement sensible dans les parties qui envi-

ronnent l'articulation, ni exostose du fémur. L'extrémité gauche était plus grêle et plus courte que l'autre d'un pouce et demi : il y avait immobilité complète de l'articulation coxo-fémorale du même côté; en soulevant la jambe et la cuisse, on sentait et on voyait en même temps l'os de la hanche se mouvoir, ce dont il était facile de juger par l'élévation de la branche du pubis et le reculement de l'épine iliaque antérieure et supérieure. En examinant ensuite le rapport des deux principaux os du bassin et des grands trochanters, on trouvait ceux du côté gauche plus élevés. C'était sans doute cette plus grande élévation du grand trochanter qui avait trompé les chirurgiens ordinaires, lorsqu'ils l'avaient attribuée au gonflement et à l'engorgement de cette partie.

Ayant engagé le malade à marcher, nous pûmes observer qu'il ne le faisait qu'avec effort et en boitant sensiblement; la jambe et la cuisse n'exécutaient dans la progression qu'un mouvement de totalité de devant en arrière, une espèce de mouvement de balancer, et, si la marche avait lieu sur un plan inégal, il en résultait une secousse ou tressaillement qui se communiquait à toutes les parties du corps. Quoique la cuisse gauche fût susceptible d'augmenter ou de diminuer de longueur, elle était cependant plus souvent et plus long-

temps moins longue que l'autre, car elle n'acquerrait une plus grande étendue qu'après avoir monté à cheval et cette étendue était d'environ deux pouces. Aussitôt que la marche recommençait, elle devenait plus courte et on la ramenait à l'état naturel en montant à cheval : c'était à l'instant de tous ces changemens que la douleur se faisait ressentir. Ce qu'il y avait de remarquable c'était la difficulté que le malade éprouvait à se chausser de ce côté : le fémur étant immobile dans son articulation supérieure, au lieu de fléchir la cuisse, comme cela a lieu ordinairement dans ce mouvement, il pliait la jambe, inclinait le genou en dedans, le talon en dehors et exécutait un mouvement de rotation du tronc qui avait lieu de droite à gauche dans la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Il fut évident pour nous tous qu'il s'agissait d'une désunion des os des îles du côté gauche d'avec le sacrum et d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale correspondante, par conséquent, que nous avions une diarthrose à rétablir et une synarthrose à procurer. Mais réfléchissant sur l'incertitude du succès pour rendre la mobilité au fémur et sur la possibilité de consolider et raffermir la jonction sacro-iliaque, nous en conclûmes que cette consolidation seule serait

plus défavorable qu'utile au malade, puisqu'alors il ne pourrait marcher qu'avec le secours d'une béquille. D'après ces considérations, nous nous déterminâmes à ne rien tenter pour remplir l'une et l'autre des indications que présentait cette maladie pour la cure radicale; nous prîmes le parti de prescrire seulement ce qui nous parut convenable pour la palliative.

Le déplacement de l'os ilium gauche produisant de vives douleurs et la claudication, nous conçûmes la possibilité de contenir cet os dans sa situation naturelle et conséquemment de prévenir les accidens. Nous n'avons point été trompés dans nos espérances; M. Traisnel à qui nous communiquâmes notre projet l'adopta et pour satisfaire à cette indication imagina un bandage particulier.

Ce bandage est composé de plusieurs parties : la principale est une ceinture qu'on fixe sur la symphyse des pubis au moyen d'une boucle ; l'extrémité gauche de cette ceinture est terminée par une pelotte aplatie qui appuie sur les os pubis et l'extrémité opposée est assujettie par la boucle au côté gauche de l'union de ces os. A la partie latérale gauche de cette ceinture sont deux plaques, l'une antérieure plus large et plus élevée que la postérieure. La première est un peu con-

cave et doit embrasser le grand trochanter; la seconde doit être appliquée sur la partie postérieure de l'os des îles : à la surface extérieure de cette plaque est un ressort fixé par de petites courroies. Le point d'appui de ces plaques est prolongé jusque sous la plante du pied au moyen d'une courroie terminée en étrier, et jusqu'à l'épaule droite par une autre courroie qui, fixée d'une part au bord supérieur de la plaque postérieure, vient se terminer à la partie antérieure de la ceinture. La courroie inférieure est fixée au-dessus des malléoles et au bas de la cuisse par deux anneaux.

D'après cette simple nomenclature des parties de cet appareil (on en trouve une description plus détaillée, faite par l'auteur, dans un mémoire lû à une séance particulière de l'Académie) on peut concevoir quelle doit être son action sur le bassin. Des deux plaques, l'une agissant sur la partie postérieure de l'os des îles doit rapprocher cet os du sacrum; le ressort situé à l'extérieur de cette pelote augmente la pression : l'autre embrassant le grand trochanter et exerçant son plus haut degré de pression à sa partie supérieure et dans une direction de haut en bas, s'oppose à son élévation. Les deux grandes courroies peuvent être aussi considérées comme deux puissances qui agissent dans un sens opposé avec un

degré à peu près égal de force : ainsi, si l'une tend à abaisser la plaque placée sur le grand trochanter, l'autre tend au contraire à l'élever.

Lorsque ce bandage fut placé, la cuisse gauche était plus courte que l'autre d'un pouce et demi. Peu d'instans après le malade se trouva plus à l'aise, c'est sa propre expression, et sa démarche était plus ferme. Dès le lendemain, la cuisse avait presque repris sa longueur naturelle et la claudication était moins apparente. Désirant connaître l'effet que produirait l'exercice du cheval, nous l'engageâmes à y monter, ce qu'il fit la veille de son départ. Le bandage ne pût s'opposer à l'abaissement de la hanche et aussitôt les douleurs reparûrent, ainsi que cela avait eu lieu constamment depuis trois ans; elles étaient encore fort vives, lorsqu'il vint le lendemain nous trouver. Nous vîmes en effet que la cuisse était alongée, quoiqu'il ne fût resté environ qu'une heure à cheval; le genou était également douloureux, comme cela s'observe sympathiquement dans les maladies de la hanche.

Comme il était démontré que le bandage, bien suffisant pour la marche ordinaire, ne l'était pas pour prévenir l'alongement de la cuisse par l'exercice du cheval, M. Traisnel proposa d'y ajouter un ressort recourbé sur la ceinture et la

plaque supérieure, lequel, en s'allongeant, exerçait une pression d'arrière en avant : l'action de ce ressort devait être modifiée de manière à ne pouvoir empêcher le mouvement de cette partie. Au reste, il fut impossible de faire cette correction parceque le jeune homme, impatient de s'en retourner chez lui, partit sur le champ, promettant de revenir bientôt, ce qu'il ne fit pas. Nous apprîmes par ses parens de la capitale que les secousses de la voiture l'avaient extrêmement fatigué et qu'il avait beaucoup souffert pendant quinze jours, mais que, depuis ce temps, les douleurs s'étaient dissipées pour ne plus reparaître, quel que fût l'exercice auquel il se fût livré. Ayant resserré les courroies de son bandage, ce jeune homme était devenu plus ferme sur ses jambes et marchait alors si bien qu'il fallait être très-attentif pour s'apercevoir de la plus légère claudication (1).

(1) Nous ne doutons nullement que le bandage ayant maintenu dans un rapport constant les os du bassin, ceux-ci n'aient fini par se consolider dans leur position naturelle et qu'il ne s'en soit suivi une guérison radicale que l'on n'aurait jamais pu obtenir par des moyens médicaux.

DIFFORMITÉS

DES

EXTRÉMITÉS.

DIFFORMITÉS DES EXTRÉMITÉS.

Cette classe de difformités, et les plus fréquentes après celles de la colonne vertébrale, formait la presque totalité des attributions de l'Orthopédie avant que l'on s'occupât aussi activement des déviations rachidiennes. Alors, dans les établissemens qui avaient le plus de célébrité, on se livrait surtout au redressement des membres supérieurs et inférieurs déformés par suite de maladies, d'accidents ou par une imperfection originelle. Certains individus, mûs par l'intérêt particulier bien plus que par celui de l'humanité, conservaient dans leur famille, comme un dépôt héréditaire, le secret de leurs procédés et exploitaient, d'une manière exclusive, les infirmités de l'espèce humaine. Il

est vrai que les médecins les plus distingués des âges anciens et modernes avaient consacré une partie de leurs veilles à l'étude de certaines difformités, mais à peu d'exceptions près, leurs préceptes étaient plutôt théoriques que pratiques : abandonnant aux capacités subalternes les minuties de détail, ils avaient esquissé à grands traits la forme des appareils les plus convenables et laissé à d'autres le soin de les perfectionner et de surmonter les difficultés imprévues.

La fin du 18.e siècle et le commencement de celui où nous vivons ont été marqués par une révolution mémorable dans cette partie de l'art de guérir. Les plus illustres médecins et chirurgiens de cette époque, approfondissant ce que leurs devanciers n'avaient fait qu'effleurer, n'ont pas rougi d'attacher leurs noms à l'invention de machines destinées à corriger des difformités, et les Scarpa, les Bruckner, les Shaw, les Portal, les Boyer, ont travaillé avec une noble émulation à démembrer le domaine du charlatanisme pour augmenter celui de la science. Habitués à faire jouir leurs semblables des bienfaits d'un art réparateur, pouvaient-ils rester simples spectateurs de tous les écarts de la nature et des désordres graves qui en résultaient dans l'accomplissement de fonctions importantes ?

Pour mettre plus d'ordre dans l'étude rapide

que nous nous proposons de faire des vices nombreux de conformation auxquels les extrémités sont exposées, nous rappelons au lecteur la distinction que nous avons faite, T. 1.er page 80, des difformités du système osseux, en celles qui tiennent à une affection de ce système lui-même, qui dépendent d'une altération de ses moyens d'union ou bien qui sont le résultat de l'action musculaire augmentée, affaiblie ou détruite. Avant d'accorder une attention particulière aux vices de conformation qui attaquent plus souvent telle ou telle extrémité et se présentent presque toujours avec des symptômes analogues, nous comprendrons dans un examen commun ceux qui affectent indifférement les membres pectoraux ou abdominaux.

1.° Les difformités des os qui constituent les extrémités sont rarement congénitales et, dans ce cas, celles que l'on rencontre le plus fréquemment sont un défaut de développement qui porte tantôt sur un seul côté, tantôt et bien plus rarement sur les deux à la fois. Quant aux incurvations si souvent observées et dont les exemples affectent, pour ainsi dire à chaque pas, nos regards d'une manière pénible, dans certains quartiers des villes populeuses et manufacturières, elles sont le résultat presque constant du vice rachitique qui ne se développe guères qu'après la naissance et à l'é-

poque de la dentition. C'est à lui qu'il faut rapporter ces courbures plus ou moins marquées affectant l'humérus et les os de l'avant-bras, mais bien plus souvent le fémur et les os de la jambe. Soumises dans leur développement à l'action des muscles qui s'insèrent aux os, elles ont une forme généralement la même et qui décèle à elle seule la cause primitive du mal. Ainsi, comme nous l'avons dit ailleurs, tandis que les os des extrémités supérieures présentent une convexité interne ou antérieure, les fémurs sout arqués en arrière ou en dedans et les tibias en dehors, mais seulement au-dessus de la malléole interne. Entre une déformation excessive, incessamment augmentée par les progrès toujours croissants du rachitis ou de l'ostéo-malaxie et arrivée au point de rendre la progression impossible, et une incurvation légère qui, diminuant par les progrès de l'âge ainsi que par l'amélioration de la constitution, finit par ne plus laisser aucune trace de son existence, il est une infinité de nuances intermédiaires et qui méritent plus ou moins de fixer l'attention.

Toute solution de continuité, survenue à un os long par accident ou par maladie, peut devenir l'occasion d'une difformité de ce même os si les parties n'ont pas été rétablies dans leur position naturelle, ou si des mouvemens peu ménagés ont

eu lieu avant la parfaite consolidation du cal. Ici encore, comme dans les incurvations par ramollissement du tissu osseux, comme dans les difformités par lésion des parties articulaires, les muscles déterminent le genre et l'étendue de la déformation, et ceux qui l'emportent en énergie sur leurs antagonistes deviennent les cordes de l'arc qu'ils ont fait décrire au lévier. Toutefois, il est iuutile d'observer que l'espèce de fracture, s'il s'agit d'un cas semblable, est pour beaucoup aussi dans la configuration d'un cal vicieux.

2.° Les articulations des extrémités sont exposées à des maladies par suite desquelles les rapports des surfaces sont changés et d'où résultent des difformités qui persistent tant que les parties ne sont pas rétablies à l'état normal. Rarement congénitaux, presque toujours accidentels, ces déplacemens que l'on connait sous le nom de *luxations* et de *diastasis* exigent les prompts secours de la chirurgie. On n'a point encore déterminé jusqu'à quelle époque ils peuvent être appliqués avec succès et passé quel délai on doit renoncer à l'espoir de réduire une luxation que la négligence ou la maladresse ont laissé subsister. Les chirurgiens les plus illustres ont divergé d'opinion à cet égard et chacun d'eux a soutenu son avis par des preuves. Si les faits doivent être comptés

pour quelque chose, nous croyons avoir répandu un certain jour sur cette importante question de pratique dans notre Mémoire sur les luxations iléo-fémorales, et nous pensons avoir démontré que l'on doit tenter la réduction de toute luxation pourvu que l'individu ne soit ni trop âgé, ni trop cacochyme. Beaucoup d'observations ont prouvé que les articulations tendent à se conserver intactes pendant un très-grand nombre d'années et c'est sur ce fait incontestable que nous avons basé notre raisonnement. D'ailleurs, il n'y a rien à redouter qu'une simple perte de temps, tant sont doux les moyens dont nous faisons usage. Nous ne reviendrons pas sur ce point exposé avec les plus grands détails dans notre autre ouvrage; ici, il s'agit moins d'une difformité que d'une maladie réelle qui porte obstacle à la station, à la progression, en un mot à des fonctions de la plus haute importance.

D'autres maladies, tantôt accidentelles, tantôt développées spontanément, envahissent les articulations et peuvent en amener la déformation, terminaison fâcheuse que l'on est souvent réduit à désirer dans ces cas, très-graves, où la vie même est comprise. On devine aisément que nous voulons parler ici de ces inflammations articulaires, suites de plaies, de coups, de chûtes ou de ces intermi-

nables tumeurs blanches, l'écueil de la patience du malade et de celle du médecin. L'intensité des symptômes inflammatoires, la douleur surtout, nécessitent, pendant la durée du traitement, la flexion du membre, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'admettre la présence d'un spasme concomitant, phénomène d'ailleurs assez commun en pareil cas. Les organes s'habituent à un état de choses continué quelquefois pendant des années entières; les fléchisseurs se raccourcissent insensiblement, et leur énergie est accrue par le rapprochement de leurs points d'attache; les extenseurs éprouvent un effet inverse et il se produit, en dernier résultat, cette destruction de l'antagonisme musculaire, cause toujours active et sans cesse invoquée par nous de presque toutes les difformités. D'un autre côté, le mal s'augmente par l'immobilité d'une articulation faite pour le mouvement; les ligaments s'enraidissent; la synoviale cesse d'être humectée par l'humeur de ce nom, et c'est ainsi que se produisent ces fausses ankyloses et ces rétractions musculaires portées quelquefois à un degré d'intensité qu'il semble difficile de concilier avec l'état d'intégrité, cependant réelle, en bien des cas, des surfaces articulaires. Quant à l'ankylose vraie, avec soudure des os eux-mêmes, elle est infiniment plus rare qu'on ne le pense.

Il est assez difficile de déterminer si certains relâchemens des ligamens articulaires, qui peuvent être suivis de déplacement des os et consécutivement de difformités, doivent être rapportés à un défaut d'action musculaire, ou bien à une disposition propre aux ligamens eux-mêmes, par conséquent s'ils doivent être classés dans cette série ou dans la suivante. A moins d'admettre la présence d'une grande quantité de fluide synovial, accumulé dans la capsule, et par suite la macération et le ramolissement de ces corps fibreux, on sait qu'ils ne sont guères susceptibles d'extension dans l'état sain ; mais on doit les regarder comme des moyens d'union insuffisans et qui permettraient souvent des déplacemens sans l'assistance qu'ils reçoivent des muscles environnans. Quoiqu'il en soit, leur état d'extension ou de laxité s'observe fréquemment, et cette dernière est quelquefois portée à un point tel qu'il en peut résulter des luxations aussi faciles à réduire que promptes à reparaître. Dans les articulations ginglymoïdales à surfaces larges, cette disposition amène une conformation vicieuse des parties qui est prononcée en raison de l'intensité des symptômes ou de la place qu'occupent les ligaments relâchés : de là les genoux arqués en dehors ou en dedans, retirés en arrière avec proéminence du jarret, disposition assez rare qui existe

d'une manière très-prononcée chez un médecin de notre connaissance ; les pieds, les mains , les orteils, les doigts portés dans la flexion ou l'extension permanente, ou bien déversés en dedans ou en dehors.

3.° L'influence de l'action musculaire dans la production des difformités, au lieu d'être douteuse comme dans les cas énoncés au paragraphe précédent, est quelquefois si manifeste et si positive qu'il est impossible d'en douter un seul instant. Il serait inutile de répéter ici tout ce que nous avons dit à cette occasion, tome 1, page 83, des déformations qui succèdent à la destruction de l'antagonisme musculaire. Toute cause qui produit cette destruction, doit nécessairement amener aussi une difformité, à tel point qu'on pourrait la déterminer à volonté, et d'avance en annoncer le genre, si on pouvait diminuer ou accroître la faculté contractile dans tels ou tels faisceaux de muscles congénéres ou antagonistes. On verra plus tard à l'article du traitement quel parti la chirurgie orthopédique sait tirer de cette connaissance des lois de notre organisation pour le traitement des difformités, soit congéniales, soit accidentelles des extrémités.

Les déformations déterminées par un désordre de l'action musculaire ont presque toujours lieu

dans les articulations, points mobiles et par conséquent bien plus susceptibles d'en ressentir l'influence. Quelquefois ces effets donnent lieu à des phénomènes étonnans, et, qu'au premier coup d'œil, on serait peu disposé à attribuer à cette seule cause. Quant aux incurvations des os eux-mêmes, elles ne peuvent guères avoir lieu que dans un état pathologique de leur tissu ou avant qu'ils aient acquis toute la solidité dont ils jouissent chez l'adulte.

4.° On rencontre très-fréquemment des difformités que l'on ne peut rapporter aux trois ordres de causes précédemment exposées; ce sont celles qui dépendent d'adhérences des tégumens, de brides résistantes de la peau ou du tissu cellulaire et des aponévroses sous-cutanées ou inter-musculaires, lesquelles donnent lieu à des rétractions suivies plus tard de celles des muscles eux-mêmes. Les causes sont toujours accidentelles presque comme des plaies, des brûlures que l'on a laissées se cicatriser dans une position vicieuse de la partie, et il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'observer quelqu'un de ces faits, résultats ordinaires de la maladresse du chirurgien ou de la négligence des malades.

DIFFORMITÉS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES.

a. Nous avons déjà fait observer ailleurs qu'un petit nombre de personnes présentait une forme très-régulière et un parallélisme parfait des épaules; mais, si cette imperfection, commune surtout chez le sexe, ne peut être considérée comme une difformité véritable quand elle est légère, il n'en est pas de même lorsqu'elle est assez prononcée pour être aperçue du premier coup d'œil, malgré tous les artifices de toilette par lesquels on cherche souvent à la déguiser.

La conformation des épaules peut être vicieuse de différentes manières. Tantôt elles sont arrondies, ce qui fait paraître la partie supérieure du dos voûtée et étroite, et la poitrine rétrécie en proportion : tantôt elles sont très-élevées, ce qui diminue relativement la hauteur du col qui semble s'enfoncer dans leur intervalle, ou bien, elles sont très-abaissées et les clavicules ont pris une direction oblique en bas et en dehors : enfin, elles peuvent présenter une inégalité de hauteur ou de volume, ce qui choque la vue d'autant plus désagréablement que la différence est plus considérable.

Les causes de ces difformités sont très-variées et leur nature doit être prise en considération lorsque l'on veut y porter remède. Si une déviation de la colonne vertébrale a déterminé une inégalité de volume et de hauteur dans les épaules, il est naturel de commencer par redresser cette déviation à l'aide des moyens appropriés. Si elles se trouvent reportées en avant par le défaut de longueur des clavicules, la chose devient plus difficile et le traitement ne peut guères être suivi de succès qu'autant que la disposition dont il s'agit, ayant lieu chez un sujet encore jeune, sera modifiée par le développement ultérieur de ses organes.

Mais, bien plus souvent, une faiblesse constitutionnelle qui fait prendre des attitudes vicieuses ou amène un défaut d'équilibre dans les muscles qui s'insèrent aux clavicules et aux omoplates, la répétition fréquente de mouvemens ou d'exercices qui placent les deux épaules dans une mauvaise position, ou bien qui élèvent l'une au-dessus de l'autre, comme le dessin, l'écriture sur une table trop élevée, sont les causes déterminantes des vices de conformation dont il s'agit. C'est alors qu'une gymnastique bien entendue et certains exercices ou mouvemens opposés à ceux qui ont produit le mal peuvent nous donner

l'espoir bien fondé d'une guérison solide. Nous reviendrons sur ce point à l'article du traitement.

b. On rencontre assez fréquemment des individus chez lesquels le développement de l'une des extrémités supérieures, ou de toutes deux à la fois, ne s'étant pas fait dans la même proportion que celui du reste du corps, il en est résulté une brièveté remarquable des bras qui, au lieu de descendre jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, ne viennent que jusqu'aux hanches et quelquefois beaucoup moins bas encore. Outre la difformité désagréable à l'œil qui en résulte, d'autres inconvéniens sont la suite de cette disposition que l'on observe le plus ordinairement chez les scrophuleux et les rachitiques. Le lévier représenté par le bras ayant perdu beaucoup de sa longueur devient par là même moins propre à exécuter tous les mouvemens auxquels les besoins de la vie et les usages sociaux l'assujettissent. Aussi voit-on en général les individus ainsi conformés renoncer aux travaux qui exigent de la force et de l'adresse pour chercher leurs moyens d'existence dans des professions d'un exercice doux et facile.

On conçoit que la croissance étant une fois arrêtée, il n'est pas de moyens qui puissent faire disparaître un défaut de longueur des os du bras et de l'avant-bras. Un exercice répété, des fric-

tions variées, des bains toniques et toutes les ressources de ce genre que l'art a à sa disposition pourront bien fortifier le membre et déterminer un surcroît d'énergie et de volume de ses muscles, mais non pas remédier à la briéveté des os.

c. Passant sous silence les contractures et flexions permanentes et accidentelles du coude, du poignet et des doigts, puisque nous en avons parlé précédemment d'une manière générale, nous arrivons de suite à certain vice de conformation de la main dont l'analogue existe bien plus communément au pied, et que l'on a désigné sous le nom de killochéïrie, mot formé des substantifs grecs kullos, crochu, et chéïr, main.

Dans la killochéïrie, difformité presque toujours congéniale, la main forme avec l'avant bras un angle plus ou moins ouvert selon le degré de la flexion qui peut avoir lieu dans quatre directions différentes en avant, en arrière, en dedans, en dehors.

Si la main est courbée en avant, la face palmaire est concave et l'opposée convexe et arrondie; la flexion a-t-elle lieu dans le sens contraire une disposition inverse s'observe. Lorsque le poignet est fléchi latéralement en dedans, il y a concavité dans ce sens et convexité en dehors, et vice-versà, si la flexion est latérale externe.

Notre intention étant de donner à l'histoire du pied-bot toute l'extension qu'elle mérite, et une analogie complète existant entre la courbure des pieds et des mains sous le rapport des causes et du mode de développement, nous nous en tiendrons à la simple mention que nous venons de faire de la killochéïrie, en observant toutefois que l'inflexion latérale, difficile à concevoir au premier coup-d'œil à cause de la largeur des surfaces articulaires, s'explique plus facilement quand elle est compliquée d'une autre difformité congénitale, la fusion des deux os de l'avant-bras en un seul, disposition de laquelle résultent moins d'étendue et par conséquent moins de solidité dans l'articulation du poignet.

Dans la killochéïrie, comme dans toute autre déformation articulaire, les os et les ligamens peuvent conserver leur forme pendant un temps plus ou moins considérable et les parties être ramenées et maintenues à l'état normal. Mais si le déplacement persiste pendant long-temps, surtout durant les années de croissance, il est naturel de s'attendre à voir les os se développer vers la partie convexe de la courbure où ils sont libres de prendre de l'expansion et s'atrophier au contraire vers la partie concave où ils se trouvent comprimés.

DIFFORMITÉS
DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES.

Les extrémités inférieures, repliées chez le fœtus et maintenues dans une position forcée dont elles conservent l'impression plus ou moins long-temps après la naissance, destinées dès les premières années de l'existence à soutenir le corps et quelquefois avant qu'elles aient acquis toute la solidité nécessaire, exposées plus tard à la fatigue continuelle de la station, de la déambulation, de la course, et à l'action de masses musculaires nombreuses et puissantes, les extrémités inférieures, disons-nous, devaient par leur position pendant la grossesse et par la nature même de leurs fonctions dans le cours de la vie, se trouver exposées à un plus grand nombre de difformités, soit congéniales, soit accidentelles, que les membres supérieurs qui, suspendus sur les côtés du tronc, au lieu d'en supporter le fardeau, restent dans un état de repos qu'interrompent des exercices plus ou moins violens, mais seulement dans certaines conditions qui ne sont les plus ordinaires de la vie. C'est ainsi que l'on doit expliquer selon nous la fréquence des vices de conformation des jambes et des pieds, fréquence telle que depuis très long-temps il a existé des établisse-

mens orthopédiques affectés, d'une manière pour ainsi dire exclusive, au traitement de ces infirmités, tandis que les difformités des bras et des mains, presque toujours occassionnées par des accidens, comme des plaies ou des brûlures, restaient dans le domaine de la Chirurgie.

a. En traitant précédemment des difformités du bassin, nous avons été amenés à parler de la luxation coxo-fémorale congénitale ou originelle qui dépend d'une organisation défectueuse existant tantôt dans les os du bassin, tantôt aux fémurs eux-mêmes et à leurs moyens d'union avec la cavité cotyloïde. Ce que nous avons dit alors des faits reconnus par la dissection des parties nous dispense de revenir sur la question d'anatomie pathologique; mais nous rappellerons l'attention du lecteur sur la manière dont se forme ce genre de déplacement, mode de formation obscur, inconnu; ce qui fait qu'on ne peut encore déterminer si l'affection doit être classée parmi les difformités originelles ou parmi celles qui sont accidentelles et congénitales.

Une maladie de l'articulation de la hanche, survenue au fœtus pendant la grossesse et guérie avant l'accouchement, un effort ou une violence quelconque qni aurait fait sortir la tête du fémur de la cavité cotyloïde et aurait été suivie de l'o-

blitération de cette dernière, enfin un obstacle à l'évolution des os ont été tour-à-tour invoqués par divers auteurs comme causes de cette maladie, sans que des preuves suffisantes aient du faire préférer l'une ou l'autre de ces théories. Peut-être doit-on regarder comme se rapprochant le plus de la vérité l'ingénieuse explication hazardée par M. le professeur Dupuytren (1) : « La position des » membres inférieurs du fœtus, dit cet illustre » praticien, pendant qu'il est contenu dans la ma- » trice, est telle que les cuisses sont fortement » fléchies sur le ventre; que les têtes des fémurs » font continuellement effort contre la partie pos- » térieure et inférieure de la capsule de l'articu- » lation; que cet effort continuel, sans effet chez » des individus bien constitués, peut bien en avoir » chez d'autres moins bien constitués et dont les » tissus sont moins résistants. En admettant ce » fait, on conçoit que la partie postérieure et in- » férieure de la capsule de l'articulation, obligée » de céder et de laisser passer la tête du fémur, » permette à une luxation de s'opérer et dès lors » il suffit, pour concevoir le déplacement en haut » et en dehors, de se rappeler que les plus puis- » sans des muscles qui environnent l'articulation » supérieure des fémurs tendent constamment à

(1) Répertoire d'anatomie et de chirurgie, t. 2, p. 151.

» faire remonter dans ce sens la tête de ces os,
» dès qu'elle est sortie de la cavité cotyloïde. »

Quoiqu'il en soit du mode de formation de cette infirmité, d'abord bien moins sensible dans le bas âge elle augmente avec les années et finit par devenir un obstacle à la progression qu'elle rend difficile et très fatiguante. Chez les individus atteints de la luxation congénitale des fémurs, la marche ne s'effectue que par une succession de balancemens latéraux qui reportent péniblement le tronc sur l'une et l'autre extrémité et font décrire à chacune d'elles un arc de cercle : ils se soutiennent sur la pointe des pieds, le haut du corps rejetté en arrière, les reins fortement cambrés et le ventre saillant. Si la course est longue, elle détermine une fatigue qui devient bientôt insupportable et nécessite l'emploi d'un support artificiel. L'effet inévitable de la station et de la progression prolongées est de faire remonter plus ou moins haut, dans la fosse fessière, les têtes des fémurs qui ne reposent dans aucune cavité. A l'action physique de la pesanteur se joint l'action vitale des muscles de la fesse dont les contractions tendent au même résultat, en sorte qu'à la suite d'un exercice violent ou de longue durée, il n'est pas extraordinaire de voir les deux membres raccourcis de quelques pouces

et l'individu souffrant des tiraillemens insupportables.

Au contraire, la position horizontale succède-t-elle à la position verticale, on n'est pas peu surpris que les choses se trouvent replacées dans un état presque naturel. Les courbures anormales du tronc s'effacent; les membres s'alongent par le fait même de la position et sont susceptibles de reprendre toute leur longueur par des tractions modérées et soutenues.

Tels sont les caractères qui sont propres à la luxation originelle des fémurs et la font reconnaître sans peine de toute affection analogue avec laquelle on pourrait la confondre. Bien que nous nous soyons occupés ailleurs de cette infirmité dans les plus grands détails, nous aurions cru commettre une omission grave, si nous nous étions contentés dans cet ouvrage d'une simple indication.

b. Il n'est peut-être pas de difformité plus fréquente des extrémités inférieures que leur inégalité congéniale portant sur toutes leurs dimensions. Sans pouvoir établir dans quelles proportions ce vice de conformation s'observe par rapport aux autres, nous avons déjà eu mainte fois l'occasion de dire qu'il était extrêmement commun, à tel point qu'un praticien distingué qui s'est spécia-

lement occupé d'orthopédie, et dont l'opinion, sur cette matière, doit être d'un grand poids, l'a regardée comme la cause constante des déviations latérales de la colonne vertébrale. La briéveté native de l'une des deux extrémités, et c'est presque toujours celle du côté gauche, se trouve souvent jointe à un développement moindre de toute la moitié correspondante du corps. Ainsi la suture longitudinale partage le crâne en deux parties inégales en grosseur; les deux moitiés de la poitrine présentent les mêmes différences et les muscles de la colonne vertébrale sont inégaux en volume, par conséquent en énergie.

On ne peut expliquer un vice de conformation aussi fréquent que par une faiblesse innée ou un moindre développement de l'un des cordons de la moëlle épinière, d'où résulte un défaut d'innervation et de nutrition du côté le moins bien partagé. Si l'on réfléchit ensuite à cette circonstance que c'est presque toujours le côté gauche, on sera tenté de penser avec M. le professeur Delpech que l'affection dont il s'agit n'est qu'une exagération de l'état naturel et que la partie gauche de notre corps est douée d'une organisation naturellement plus faible, ce qui explique l'usage plus fréquent du bras droit chez toutes les nations.

Il n'est pas rare de voir l'inégalité d'une des extrémités inférieures être la suite d'une maladie ou d'une cause accidentelle. Une affection de l'articulation coxo-fémorale dans un âge encore tendre, une luxation de cette même jointure, une difformité du pied, une paralysie générale ou partielle des muscles de la cuisse peuvent amener l'atrophie du membre et en arrêter le développement pendant qu'il continu sur celui du côté opposé.

Les résultats de la brièveté native de l'une des deux extrémités inférieures ont été étudiés avec attention lorsque nous nous sommes occupés du mécanisme des déviations de la colonne vertébrale. Nous avons vu que l'à-plomb du corps étant dérangé par suite de cette difformité, il se formait bientôt à la colonne lombaire une incurvation destinée à rétablir l'équilibre; qu'une seconde courbure s'établissait consécutivement au dos et souvent une troisième au col, toujours par suite des efforts de la nature pour revenir à la perpendiculaire. Les déformations du rachis sont beaucoup plus rares quand l'inégalité du membre survient accidentellement, à une époque plus ou moins éloignée de la naissance. Alors, cette faiblesse organique de tout un côté, comparativement à l'autre, n'existant pas, les tissus musculaire et fibreux présentent plus de résistance. La claudication, il

est vrai, est inévitable, et, pendant l'abaissement vers le sol du côté le plus court, la colonne vertébrale subit une déviation proportionnée à la différence de hauteur; mais cette incurvation n'est que momentanée ; elle disparaît complètement quand le corps est reporté sur l'extrémité la plus longue et, dans l'état de repos, le rachis conserve toute sa rectitude.

c. On sait qne les extrémités inférieures, lorsqu'elles sont bien conformées, présentent la disposition suivante chez l'homme placé debout, les pieds en contact dans toute la longueur de leur bord interne. Les fémurs séparés, dans leur partie supérieure, par un intervalle que détermine la largeur du bassin, se rapprochent de plus en plus jusqu'aux genoux qui sont très près l'un de l'autre ; au dessous, les jambes s'éloignent de nouveau jusque vers leur milieu, puis se rapprochent de telle sorte que les malléoles internes sont en contact immédiat et même pressées l'une contre l'autre; le pied, à son point d'articulation avec la jambe se trouve légèrement déjetté en dehors.

De cette disposition il résulte que l'extrémité inférieure, vue de face, présente aux genoux et aux pieds une légère incurvation en dedans formant un angle très obtus. Cette incurvation est susceptible de quelques variations qui pour cela

ne constituent pas une difformité. On remarque que chez certains hommes d'une constitution forte, à épaules larges, à taille courte et ramassée, le rapprochement des genoux est bien moins marqué et la courbure des jambes l'est davantage. Cette structure est, pour ainsi dire, le trait caractéristique de la population Bretonne que distinguent une taille moyenne, une organisation vigoureuse et une grande énergie du système musculaire. Au contraire, les femmes chez lesquelles ce système est moins développé et le bassin plus large, ont généralement les genoux rapprochés, tandis que les pieds sont très éloignés et déjettés en dehors.

Mais, chez des individus faibles et délicats, les muscles dépourvus d'énergie abandonnent, pour ainsi dire, les extrémités inférieures au poids du corps; leur forme naturelle les dispose à s'arc-bouter vers les genoux et insensiblement il en résulte une déformation de cette partie qui devient permanente. Certains exercices ou mouvemens habituels peuvent déterminer le même effet; c'est ainsi que nous avons vu les deux jambes devenir difformes dans ce sens en très peu de temps chez un jeune homme de dix-huit ans qui, pendant plusieurs semaines, n'avait cessé de porter des seaux remplis d'eau à une distance assez considérable. Les choses revînrent peu à peu à l'état

naturel par les progrès de l'âge et surtout par le conseil qui fut donné d'éloigner la cause du mal.

Si les symptômes de la difformité dont il s'agit sont peu intenses, elle peut guérir, ou tout au moins diminuer d'une manière notable, par le seul fait des années et du développement naturel de tous les organes. Mais, si la débilité musculaire ou le relâchement des ligamens persiste, le mal augmente au lieu de diminuer : les genoux se heurtent pendant la marche qui devient pénible et s'accompagne de claudication; le bord interne du pied supporte le poids du corps et d'une manière d'autant plus marquée que le membre est plus éloigné de l'autre dans sa partie inférieure. Bientôt les os se ressentent de cet état de choses, tandis que la face supérieure de la tubérosité interne du tibia a pris un développement sensible qui l'élève plus haut que d'ordinaire, la tubérosité externe est affaissée par suite de la compression qu'exerce sur elle le condyle externe du fémur, descendant beaucoup plus bas que l'autre : le péroné est courbé dans sa partie supérieure et rapproché du tibia, lequel devient très saillant vers la malléole interne.

Quand la déformation est très-considérable, il n'est pas rare qu'elle porte plus sur une extrémité que sur l'autre : souvent même, il n'y en a qu'une

seule qui soit affectée. Dans tous les cas, elle peut être portée à un degré excessif, surtout si la rotule, entraînée en dehors par la direction oblique que le tendon du droit antérieur a prise, vient à quitter sa place pour aller occuper la partie extérieure et postérieure du genou. Alors la jambe se fléchit en dehors et en arrière, obéissant à l'action des muscles fléchisseurs et extenseurs qui sont devenus congénères; elle s'applique le long de la cuisse, tandis que le pied est pressé contre la fesse ; désormais incapable de tout mouvement elle s'atrophie par l'inaction et la compression, et l'infortuné qu'une infirmité semblable afflige est condamné à rester immobile, s'il ne préfère se traîner sur ses genoux et sur ses mains.

d. Les vices de conformation des pieds sont, après les déviations vertébrales, ceux que l'on rencontre le plus fréquemment dans les établissemens orthopédiques. Il en est un surtout que les auteurs les plus anciens ont mentionné et qui, dans les temps modernes, a fixé l'attention des anatomistes et des médecins, en même temps qu'il est devenu un objet de spéculation très lucrative pour quelques gens de l'art et empiriques qui ont fait un secret des moyens qu'ils employaient. Nous voulons parler de ce renversement des pieds que

l'on appelle vulgairement *pied-bot* (1), affection la

(1) Hippocrate. *De articulis. Sect.* VI.

Ambroise Paré. OEuvres de chirurgie. Livre 33. P. 900. Paris, 1575.

Fabrice d'Aquapendente. *Opera chirurgica.* 1617.

M. A. Severin. *De reconditâ abcessum naturâ. Lib.* VI. 1643.

Fabrice de Hilden. *Opera omnia. Cent.* 3 et 6. 1649.

Riolan. *Encheiridium anatomicum et pathologicum.* 1648.

Félix Plater. *Observationum Lib.* 1.er 1680

Vigier. *Opera med. chir. De varis et valgis.* p. 559.

Leclerc. Chirurgie complète. 1702.

Heister. *Institut. chir.* T. II.

Verduc. La manière de guérir par le moyen des bandages. p. 387.

Andry. Orthopédie. 1741.

Duverney. Traité des maladies des os. T. II. chapitre 3.

Smellée. Traité d'accouchements. T. III. p. 546. Obs. 2.

Dejean. Bottines décrites dans l'ouvrage touchant les hernies. p. 331. Paris 1762.

Camper. *De claudicatione.* 1763.

Gooch. *Cases in surgery.* 1767.

White. *Cases in surgery.* 1767.

Richter. *Anfangsgruende der wundarrneykunst. Goettingu.* T. VII. p. 238 et 240. planches 9 et 10.

Sauvages, désigne, dans la première classe de son système, la torsion congénitale des pieds sous le nom de *loxarthrus interarticularis. Nosologià methodica.*

Levacher. Traité du Rakitis 1772.

Magny. Mémoires sur le rachitisme. p. 139 et 146. 1780.

Ebermeyer. *Allgemeine Encyclopédie für aertze.*

Joërg. *Veber Klumpfüsse und eine leichte und zuverlüssige steilart derselben.*

Thilenius. *Medizinische und chirurg. Bemerkungen; Frankfurt am Mayn.* 1789.

Brückner. *Journal der Erfindungen, theorien und Widersprüche.* 2 *ter Band*, 12 *ter Stück.* 1796.

B. Bell. Cours de chirurgie.

Portal. Précis de chirurgie T. 2. 1768.

Ibid. Observations sur la nature et le traitement du rachitisme. 1797.

plupart du temps congéniale, quelquefois aussi accidentelle, qui peut intéresser les deux côtés à la fois ou un seulement, et qui a reçu divers noms selon ses diverses manières d'être. Ainsi on a dé-

Sheldrake. A *practical essay on the club-foot etc*, *London*. 1793.

Callisen. *Systema chirurgiae* 1800.

Scarpa. *Memoria chirurgica sui piedi torti congeniti dei fanciulli, e sulla maniera di correggere questa deformi tà Pavia*. 1803.

Monteggia. *Institutioni chirurgiche*. 1830.

Bourquenod. Annal. med. de Montpellier. T. I. p. 182. An XI.

Arthopœus. Essai sur la torsion congénitale des pieds des enfans. Strasbourg. 1810.

Pedemonte. *De curandis pedibus obtortis*. Turin 1811.

L. D'Ivernois. Essai sur la torsion des pieds et sur le meilleur moyen de les guérir. Paris 1817.

Dictionnaire des Sciences médicales. Article Orthopédie, par *Fournier* et *Bégin*. 1819

Boyer. Traité des maladies chirurgicales, etc. T. IV, p. 619.

Deixell. Journal (nouveau) de médecine, chirurgie, etc. avril 1820. T. 7. page 123.

Delpech. Précis des malad. chir 1816.

Idem. De la chirurgie clinique. T. I. 1823

Idem. Traité de l'Orthomorphie. T. I. p. 154. T. II. p. 50.

Maisonabe. Journal clinique sur les difformités dont le corps humain est susceptible à toutes les époques de la vie. 1825

Jalade-Lafont. Recherches pratiques sur les principales difformités du corps humain. 2.e partie. p. 282 et suivantes.

Cruveilhier. Fascicules d'anatomie pathologique. livraison VI.

Lobstein. Traité d'anotomie pathologique. T. I. 1829.

A tous ces noms d'auteurs plus ou moins illustres qui ont traité du pied-bot d'une manière théorique ou pratique, on peut ajouter ceux d'individus étrangers ou non à la science qui ont acquis de la célébrité dans le traitement des difformités des pieds, mais qui ont tenu leurs procédés secrets, comme cet Ecossais d'Utrecht dont parle J. Van-Horn, *Microtechne*, 1663. Deventer, Typhaine à Paris, Verdier son gendre et successeur, Venel d'Orbe en Suisse, Jacard neveu et successeur de Venel, Gavin-Wilson, Jackson en Angleterre.

signé sous le nom de *talipes varus*, *varus*, *vari*, en grec *blaisoï*, ceux dont les pieds sont renversés en dedans; c'est l'espèce la plus ordinaire; de *talipes valgus*, *valgus*, *valgi*, en grec *rhaiboï*, ceux qui les ont déviés en dehors; enfin de *pes equinus* ou *pedes equini*, la variété dans laquelle la jambe formant, pour ainsi dire, une ligne droite avec le pied étendu outre mesure, celui-ci, qui représente un pied de cheval, ne se trouve plus en contact avec le sol que par son extrémité antérieure. Le mot *killopodie*, *killose*, a été employé pour désigner indifféremment le renversement du pied en dedans et en dehors, et celui d'*hippopodie* a été proposé par M. Bricheteau comme applîcable à la difformité par extension forcée de cette partie.

Dans le pied-bot de la première espèce, *vari*, variété beaucoup plus fréquente que l'autre, le pied se trouve contourné de telle sorte que son extrémité antérieure se dirige en dedans, regardant par conséquent celle du côté opposé; le bord interne du pied est devenu supérieur et concave; l'externe, inférieur et convexe, est en rapport avec le sol dans une plus ou moins grande partie de sa longueur; les quatre derniers orteils sont comprimés et bornés dans leur développement, tandis que le premier est détaché des autres et

fortement porté dans l'extension. Le dos du pied, placé antérieurement est convexe et tout-à-fait arrondi ; la région plantaire concave, rétrécie, regarde en arrière et présente à son milieu des sillons plus ou moins profonds.

On conçoit que d'après cette nouvelle disposition des parties, les angles formés par l'articulation des pieds avec les jambes, au lieu d'être parallèles et ouverts en avant, comme dans l'état normal, sont ouverts en dedans et se regardent l'un l'autre : d'un autre côté, le plan transversal du pied, au lieu d'être parallèle au sol, lui est devenu vertical. Tels sont les phénomènes que présente le pied-bot complet en dedans; mais la déformation n'est pas constamment la même et elle peut présenter divers degrés de torsion, ce qui fait varier les résultats depuis une légère déviation jusqu'à un renversement excessif du pied, de telle sorte que le malade marche, pour ainsi dire, sur la partie externe du pied, tandis que les orteils sont en rapport avec la malléole interne.

Dans le pied-bot congénial, la difformité qu'apporte l'enfant nouveau né est plus ou moins considérable. Abandonnée à elle-même, elle s'aggrave avec le temps sur tout si l'enfant commençant à marcher, le poids du corps vient se joindre aux causes déjà préexistantes. Dans le pied-bot accidentel,

les progrès du mal sont plus ou moins rapides selon la disposition générale ou locale du sujet et la nature des causes qui ont déterminé la déformation.

L'examen anatomique des parties nous offre des résultats différens en raison de l'ancienneté et de l'intensité de la maladie. Pour partir d'un point fixe, nous choisirons toujours pour exemple le pied-bot en dedans confirmé et existant déjà depuis nombre d'années. Chez un sujet placé dans ces conditions, l'astragale a subi un déplacement tel que la face supérieure de sa poulie cartilagineuse ou trochlée est devenue extérieure; sa facette articulaire externe, inférieure : l'interne, supérieure, est privée presque complettement de sa couche cartilagineuse. La tête du même os, réduite de beaucoup dans ses proportions, vient proéminer sous la peau et supporte le poids du corps dans le cas de pied-hot excessif où la marche a lieu sur le dos du pied : elle est souvent, ainsi que la partie du scaphoïde qui dans le même cas repose sur le sol, le siège de végétations osseuses considérables déterminées par une pression intermittente qui, au lieu d'éteindre la vie comme la pression continue, la stimule et produit l'hypertrophie.

Le calcanéum, entrainé par l'astragale, ne repose plus à terre que par sa face externe; sa tubérosité postérieure, rapprochée de la malléole in-

terne, est portée en dedans et en haut, tandis que l'intérieure, saillante sous la peau, concourt avec le scaphoïde à supporter le poids du corps.

Le scaphoïde, obéissant au mouvement de torsion qui est parti de l'articulation tibio-astragolienne, a subi un déplacement tel que la tête de l'astragale ne s'articule plus avec lui que par un point très peu étendu et proémine par sa partie extérieure, ce qui décide la forme convexe et irrégulière du dos du pied. Ce déplacement va quelquefois jusqu'au point de permettre des rapports de contiguité entre cet os et la malléole interne.

Le cuboïde, subissant l'influence du déplacement dont nous avons déjà analysé les phénomènes, s'est incliné vers la région plantaire et sa surface articulaire postérieure représente un angle obtus avec celle du calcanéum qui lui correspond.

Les cunéïformes, inclinés vers l'os scaphoïde ont éprouvé un déplacement en en-bas. Enfin les cinq métatarsiens sont considérablement déviés de l'axe longitudinal du pied et portés en dedans.

On conçoit que de semblables déplacemens, lorsqu'ils remontent à une époque éloignée et surtout, lorsqu'ils ont lieu avant que les os ayent acquis leur consistance et leur développement doivent amener des changemens notables dans leur forme, ainsi que leurs dimensions. Aussi, remarque-t-on

pour l'ordinaire que les os de la jambe ont subi des courbures variables et une atrophie qui porte sur leurs dimensions en grosseur et en largeur; que l'espace qui les sépare est beaucoup diminué; que la malléole externe, portée plus en dehors que d'ordinaire est comme hypertrophiée; que l'interne est plus volumineuse, mais plus courte et comme tronquée à son sommet. L'astragale a diminué de volume et ses formes ont été diversement modifiées; le calcanéum, le scaphoïde surtout, le cuboïde beaucoup moins, ont éprouvé consécutivement des modifications analogues; mais les métatarsiens et les phalanges des orteils n'ont subi, pour la plupart du temps, que de simples changemens de position, à tel point que dans plusieurs cas de pieds-bots anciens et complets, la partie antérieure du pied désarticulée et comparée à semblable portion d'un pied sain ne serait pas toujours facilement distinguée.

Tous ces changemens de forme dans les os du pied-bot, sur lesquels des auteurs également renommés par leurs connaissances anatomiques et leur véracité ont tant varié ne doivent être attribués qu'aux effets de la pression, effets sur lesquels nous avons déjà eu à disserter plus d'une fois dans le cours de cet ouvrage. Là où elle s'exerce d'une manière permanente elle ralentit les pro-

priétés vitales, éteint la nutrition et arrête le développement ou le fait retrograder. Au contraire, dans les points intermédiaires à cette pression, là où les surfaces cessent d'être en contact avec d'autres, il y a accroissement de la vie et exubérance de végétation. Ces résultats sont d'autant plus marqués que l'affection est plus ancienne et que les os sont plus rapprochés de leur état cartilagineux; en admettant une disposition particulière à chacun d'eux, (chose si probable chez les individus cachectiques comme le sont la plupart des pieds-bots de naissance), qui aura empêché l'ossification d'être également avancée chez tous, on se rendra compte des nuances dans les résultats de l'inspection anatomique et par conséquent de la divergence dans les opinions sur ce sujet. Ce qui rendrait cette théorie bien plus plausible c'est que chez les pieds-bots accidentels survenus après l'entier développement des os, on voit très rarement ceux-ci être déformés d'une manière variable comme dans la même infirmité lorsqu'elle est congénitale : presque toujours les changemens ne portent que sur les rapports des os.

Quand aux parties molles, les muscles de la jambe sont minces, atrophiés, et dans le cas où la maladie date d'une époque éloignée, leur organisation est détruite et le tissu graisseux les a rem-

placés. Si quelques-uns présentent encore la nature et la couleur du tissu musculaire, c'est qu'ils étaient les organes de certains mouvemens très bornés qui s'étaient encore conservés dans le pied. On prétend avoir vû l'absence de plusieurs d'entr'eux coïncider avec l'existence du pied-bot, mais cette assertion n'a jamais été constatée d'une manière bien positive. Les muscles de la région antérieure et externe de la jambe sont tendus et comme contractés, notamment l'extenseur propre du gros orteil; les soléaire, plantaire grêle et jumeaux sont constamment plus courts que dans l'état ordinaire.

Les ligamens antérieur, postérieur et externe du pied sont dans un état de relâchement, selon quelques anatomistes et selon d'autres, leur manière d'être diffère peu de l'ordinaire. Le ligament interne est rarement raccourci; les muscles de la plante du pied et les ligamens de la même région sont remarquables, surtout vers son bord interne, par leur peu de développement: l'aponévrose plantaire, comme celle de la jambe, est mince et nullement tendue, comme quelques auteurs l'ont prétendu. Sa section n'amène aucun changement dans l'état des choses et la réduction de la déviation n'en devient pas plus facile, tandis qu'elle a lieu très aisément par la section du tendon d'achille, mais chez les jeunes sujets seule-

ment. En effet il n'est pas rare de voir, dans un pied-bot ancien qui a donné lieu à des déplacemens considérables des os du pied, ceux-ci être maintenus dans leurs nouveaux rapports par des faisceaux fibreux insolites : bien plus, s'il y a contiguité, et mobilité même très légère, il se forme souvent, au point de contact, des surfaces encroûtées de cartilages et lubréfiées par une synoviale.

Le pied-bot avec renversement en dehors, *talipes valgus*, est infiniment plus rare que celui de l'espèce précédente sur laquelle portent spécialement les descriptions anatomiques que les auteurs ont données des déviations du pied en général. Néanmoins ce qu'on vient de lire suffit pour donner une idée de se qui se passe dans celle dont nous parlons actuellement. Si la difformité intéresse les deux extrémités on conçoit que la marche doit être pénible au dernier dégré et bientôt impossible par l'excès de fatigue qui en résulte. Quant aux changemens survenus, ils sont plus ou moins considérables selon la gravité du mal et ont lieu en vertu d'un mécanisme opposé à celui que nous avons exposé en faisant l'histoire du pied-bot en dedans. Le pied se trouve renversé en dehors de manière à porter sur le sol par son bord interne; si la difformité est arrivée à un point extrême la face dorsale du pied peut se

trouver en contact avec la région antérieure et externe du bas de la jambe; la partie postérieure du calcanéum est très abaissée et proéminente en en-bas, sans tension constante du tendon d'achille qui, au contraire, se trouve toujours très tendu dans l'autre variété; les muscles du mollet sont un peu saillans, et ceux de la région antérieure de la jambe, ainsi que les péroniers, sont dans un état de tension marquée.

L'extension forcée du pied constituant la variété du pied-bot appelée *pedes equini*, *hippopodie*, a des caractères faciles à reconnaître et le mécanisme qui préside à sa formation est également aisé à concevoir. Dans cet état de choses, le pied est porté dans un état d'extension tel qu'il forme avec la jambe une ligne plus ou moins rapprochée de la ligne droite ; il ne touche le sol que par l'extrémité antérieure des orteils et surtout des premiers qui, repliés à angle droit, acquièrent par une pression continue un volume surnaturel; la partie antérieure du pied est fortement portée en arrière, par conséquent le dos est convexe et la plante concave. Le talon est généralement grand et fortement tiré en haut par les muscles du mollet, d'où résulte une tension du tendon d'achille très forte, mais d'ailleurs proportionnée à l'inclinaison du pied : celui-ci peut être reporté en arrière par une

extension excessive et le malade marche sur le dos du pied.

Dans le pied équin il n'y a pas plus de luxation que dans les autres espèces de pied-bot; seulement, la face supérieure de l'astragale est très fortement inclinée en avant, sans sortir de la cavité que lui présentent les os de la jambe réunis à leur partie inférieure. Quand aux mouvemens du pied, ils se conservent dans les premiers temps de la maladie, mais ils disparaissent progressivement en raison de son ancienneté et, au bout d'un certain temps, le raccourcissement des muscles, leur rigidité ainsi que celle des ligamens, la forme nouvelle des os et la présence de brides ligamenteuses arormales finissent par déterminer une immobilité complète de la jointure. Cette même immobilité des parties et leur changement de position amènent aussi l'atrophie des muscles et la transformation adipeuse de leur tissu.

Il s'en faut de beaucoup que les différentes variétés des déviations du pied existent toujours pures et distinctes les unes des autres, comme on pourrait le croire à la lecture d'une description faite pour donner une idée nette et exacte de la difformité. Presque toujours les symptômes de l'une se trouvent réunis aux symptômes de l'autre et ceux qui sont prédominens déterminent le nom que l'affec-

tion doit porter. Ainsi, il est très ordinaire de voir certains individus, avoir pendant quelque temps (on se rappellera que la maladie ne peut guère rester stationnaire) le pied tourné en dedans ou en dehors, tandis que la pointe est plus ou moins inclinée en bas. Il est même d'observation presque constante que l'hippopodie est une disposition transitoire pour arriver d'une bonne conformation du pied à sa déviation latérale. Aussi M. Delpech a-t-il distingué les *vari* et *valgi* en primitifs ou essentiels, lesquels sont presque toujours congénitaux, et en consécutifs ou secondaires du *pes equinus*. C'est dans les cas où les difformités de cette partie se succèdent les unes aux autres qu'elles arrivent souvent à un degré d'intensité remarquable.

A quelle cause doit-on rapporter la formation du pied-bot, de celui surtout que l'enfant apporte en naissant? Est-il le résultat d'une cachexie générale ou bien seulement d'un vice d'organisation des os et des ligamens du pied, d'une mauvaise position du fœtus pendant la grossesse, d'une inégalité d'action et de développement des muscles moteurs du pied? Toutes ces opinions ont eu leurs partisans et leurs antagonistes, et les faits n'ont pas manqué pour appuyer ces doctrines opposées. Un court examen de chacune d'elles nous mènera

peut être à la découverte de la vérité en nous prouvant qu'ici, comme dans beaucoup d'autres questions sur lesquelles on n'a pu s'accorder, la dissidence est venue de ce que l'on a toujours voulu juger d'une manière tout-à-fait exclusive et tirer des conclusions générales de faits particuliers.

Par exemple, on trouve dans un ouvrage d'anatomie pathologique très moderne, déjà cité (1), une gravure représentant une double kyllose congéniale dans laquelle il n'existe pas simplement un déplacement des os tarsiens : encore mous et cartilagineux, ces organes ont subi une déformation qui, jointe à leurs changemens de rapports, suffit bien pour expliquer la déviation. La position de l'enfant dans l'utérus est telle que les deux extrémités, inégales en grosseur, sont relevées à la partie antérieure du tronc et que les pieds, retenus extérieurement par les mains qu'ils gênent également, sont arc-boutés contre le menton. Du reste, le pied-bot, est pour ainsi dire, la moindre défectuosité d'organisation de ce fœtus qui présente en outre : 1.° une double killochéïrie avec absence du radius à l'un des avant-bras, et présence de quatre doigts seulement à la main corres-

(1) Anatomie pathologique du corps humain ou description, avec figures lithographiées, des divers altérations morbides dont le corps humain est susceptible : par J. Cruveïlhier, 2.me Livraison.

pondante: 2.° Une double luxation coxo-fémorale: 3.° Une déformation complette du bassin et l'absence de l'anus, le rectum s'ouvrant dans la vessie.

Assurément, en voilà bien assez pour nous faire reconnaître ici un de ces êtres chez lesquels l'organisation vicieuse dans son principe, ne pouvait arriver à bonne fin et devait nécessairement donner lieu à quelque difformité. Un célèbre naturaliste contemporain, M. Geoffroy S.t-Hilaire, arrachant à la nature le secret de ses erreurs, a rapporté toutes ces bizarreries de formes à la compression des organes et à leur développement anormal par suite de cette compression. Certes, il n'est rien de plus philosophique et de plus sublime que cette explication qui ramène à une cause unique et identique toutes ces variétés de formes dont les ouvrages anciens et modernes nous offrent de nombreux exemples, toutes ces monstruosités l'objet de tant de fables ridicules et de préventions fâcheuses pour les familles : mais fallait-il en conclure pour cela d'une manière absolue que, *les pieds-bots tiennent uniquement à une cause mécanique*, *à une position défectueuse*, *à une compression qui ne permet pas au membre devié de se développer dans la direction qui lui est naturelle.*

Il en a pu être ainsi chez le sujet de l'observation en question, et la position des extrémités, effet

fortuit chez un embryon à tissus mous, sans consistance et sans réaction, flottant comme un corps inerte au milieu des eaux de l'amnios, a sans doute décidé la formation et l'espèce de la difformité. On conçoit aussi facilement que par les mêmes causes, les os ont été déformés primitivement; mais la compression produira-t-elle les mêmes résultats sur un fœtus bien constitué, à tissus fermes et résistans? Est-il présumable que ce même fœtus, d'abord libre de se mouvoir en tous sens pendant les premiers mois, restera immobile plus tard, quand l'utérus viendra à le presser et conservera assez long-temps une position gênante et surnaturelle? Les accoucheurs dont plusieurs, hommes de très grand mérite, avaient l'attention fixée sur la question qui nous occupe, ont-il jamais remarqué que les pieds-bots de naissance occupâssent une position vicieuse dans l'utérus? Pourrait-on pousser assez loin la doctrine de l'hérédité pour dire que l'enfant d'un pied-bot, est né pied-bot lui-même, parcequ'il se trouvait placé dans l'utérus tout comme l'était son père, et que la compression a agi de la même manière sur les pieds des deux générations? Une pareille théorie ne peut se soutenir sérieusement et s'il est des pieds-bots de naissance, avec déformation des os et relâchement des ligamens, que l'on puisse attribuer à une position vi-

cieuse suivie de compression de la partie difforme, c'est qu'il existait chez l'enfant une disposition cachectique toute particulière.

Une remarque vient à l'appui de cette manière de voir. La position ordinaire du fœtus dont les jambes sont croisées et les pieds pressés sous les fesses et inclinés en dedans, parait tellement prédisposer au pied-bot que plusieurs auteurs n'en ont pas autrement expliqué la formation. En effet, l'enfant nouveau-né a constamment les pieds tournés en dedans et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'ils se redressent par le jeu de l'action musculaire et par la réaction de la nature contre tout ce qui est anormal. Il en est quelques-uns qui conservent plus ou moins long-tems cette disposition, de manière même à causer quelque inquiétude aux parens; mais il est très rare que le pied ne finisse pas par se replacer, même spontanément, par ce qu'heureusement il est plus commun de voir des individus bien constitués que des êtres cachectiques. C'est donc sur ces derniers seulement que la position a pu déterminer le pied-bot pendant la gestation, tandis qu'elle a été sans effet dans le plus grand nombre de cas, c'est-à-dire, toutes les fois qu'elle a rencontré un sujet bien portant vigoureux et par conséquent sans cessse en mouvement dans l'utérus.

Ceux qui ont rapporté la déviation du pied à un dérangement de l'action musculaire, comme l'agent unique et constant de cette difformité, ont argué de faits nombreux, manifestes, et que l'on peut pour ainsi dire renouveller à volonté. Il est incontestable que toute cause qui augmentera d'une manière soutenue l'action des muscles jambiers, soléaire, plantaire, grêle et jumeaux, tandis que celle des péroniers sera annihilée ou considérablement affaiblie, pourra déterminer la formation d'un pied-bot en dedans; qu'une autre cause qui agira d'une manière opposée aura des effets contraires. Un militaire (1) fut atteint d'un biscayen qui traversa la partie charnue de la cuisse droite, d'arrière en avant, en dedans du fémur et très près de ce même os, sans l'avoir atteint. A l'instant même, il perdit la faculté du mouvement dans la partie externe de la jambe et du pied: ces parties fûrent froides, engourdies et fort lourdes pendant long-tems. Tous ces symptômes dénotaient la destruction du nerf siatique poplité externe; aussi, bien que la plaie se fût guérie en peu de temps et sans accident, la pointe du pied baissa peu-à-peu; le pied s'inclina en dedans dans sa totalité; il s'y produisit un mouvement d'enroulement en dedans, dans le sens de sa largeur, enfin

(1) Voyez Delpech. De l'orthomorphie T. 1 page 71.

il se recourba sur son bord interne dans le sens de sa longueur. A mesure que ces phénomènes s'accomplissaient d'une manière successive et présentaient à l'observateur le cas le plus curieux à étudier, la déambulation avait lieu sur le bord externe du pied, sur sa face dorsale, enfin sur la partie formée en commun par l'extrémité antérieure de l'os calcanéum, la face dorsale du caboïde et la malléole externe.

Le cas fut incurable et il devait l'être, puis que rien ne pouvait remédier à la paralysie des muscles péroniers, jambier antérieur (1), extenseur commun des orteils et propre du gros orteil et que cette paralysie laissait sans antagonisme les adducteurs du pied.

Brückner parle d'un homme de 64 ans, qui portait un pied-bot depuis sa huitième année, parce qu'il avait pris l'habitude de marcher sur le bord externe du pied pour éviter les douleurs que lui occasionnaient, à la région plantaire, des ulcères qui s'y étaient développés à la suite de la petite vérole. Après la guérison de ces plaies, le ren-

(1) Il est vrai que le jambier antérieur, abducteor du pied, coopére à sa déviation en dedans; mais, dans le cas dont il est question ici, il restait encore, pour le suppléer, le jambier postérieur, les soléaire, jumeaux, plantaire grêle et même les fléchisseurs du pied, tandis que tous les abducteurs étaient détruits.

versement du pied lui était devenu si habituel qu'il lui fut impossible de marcher autrement.

Une fille de sept ans eût un pied-bot pendant une année, parce qu'elle avait contracté l'habitude de marcher en dedans afin d'éviter les douleurs d'un ulcère dont le siège était près de la malléole et qui occasionna un raccourcissement à la peau de cette partie. Quoiqu'après la guérison de cet ulcère le pied ne fut que très peu tourné, la jambe commença à s'atrophier et l'on fût obligé d'employer l'appareil de Venel pour rétablir la malade.

Quoi de plus probant que ces faits, choisis entre cent autres du même genre, où l'on voit l'antagonisme musculaire se détruire insensiblement, et, dans la même proportion, tous les signes caractéristiques du pied-bot se produire et arriver à leur summum d'intensité? Quel vaste sujet de méditations sur le mécanisme de cette maladie! Peut-on expliquer autrement que par l'action des muscles, quoique les phénomènes ne soient pas aussi manifestes, la guérison, en quelques semaines, ou en quelques mois, de presque toutes les déviations du pied plus ou moins considérables, que les enfans apportent en naissant ou qui se développent dans les premiers temps de leur existance ? S'il y avait déformation des os par la *compression*, un

court espace de tems suffirait-il pour leur rendre leur forme normale (1) ? N'est-il pas évident qu'il existait simplement une destruction de l'antagonisme musculaire et qu'en replaçant l'articulation dans sa position naturelle on a également replacé les muscles vaincus dans une situation favorable au retour de leurs contractions, d'où s'en est suivi le rétablissement de l'équilibre ?

Mais s'il en est ainsi, dira-t-on, pourquoi tous les pieds-bots accidentels ne sont-ils pas susceptibles de guérison, puisqu'il ne s'agit que de vaincre la résistance des muscles fortifiés aux dépens de leurs antagonistes et de réveiller l'énergie de ces derniers ? La réponse est facile et résulte de ce que

(1) M. Dupuytren engage plusieurs médecins, qui s'occupent spécialement d'orthopédie, à traiter le pied-bot immédiatement après la naissance. Il eut occasion d'adresser quatre ou cinq enfans du premier âge au directeur d'un établissement orthopédique ; le traitement ne dura *qu'un mois ou six semaines au plus* : la difformité fut complètement corrigée, en sorte que les enfans purent apprendre à marcher à la manière ordinaire, et le membre jouissant de toutes ses fonctions, n'a jamais perdu de sa longueur. M. Dupuytren a été témoin de tous ces faits, et il a suivi depuis les enfans chez qui la difformité n'a jamais reparue ; aussi n'hésite-t-il pas d'affirmer qu'en traitant ainsi le pied-bot de bonne heure, on guérira constamment et l'on évitera l'atrophie du membre. Outre cet avantage qui est immense, il faut noter la brièveté du traitement ; tandis que chez les enfans un peu âgés il faut un an, même deux et plus pour guérir, et qu'en outre il convient de conserver encore long-tems l'appareil ; chez les nouveaux-nés un traitement de très peu de durée est suffisant et met à l'abri de toute récidive. Extr. de la Gazette médicale de Paris. T. 3. N.° 84.

nous avons déjà dit en parlant des difformités du tissu osseux en général et du pied-bot en particulier. Toutes les fois que la déformation existe depuis un tems considérable et surtout lorsque le développement du sujet a lieu pendant sa durée, les os de la jambe ont subi une atrophie qui a porté sur leurs dimensions en longueur et en épaisseur ; ils ont éprouvé un changement de formes par le fait de la compression dont l'influence, consécutive toutefois, ne peut être révoquée en doute. En outre, les muscles sont raccourcis outre mesure, et leur tissu, dénaturé, a perdu son extensibilité : les nouveaux rapports des os sont assurés par de nouveaux faisceaux ligamenteux très solides ; enfin, il s'est établi par le laps du tems des résistances désormais insurmontables.

Pour résumer tout ce que nous avons dit sur les causes du pied-bot, nous sommes fondés, d'après ce qui précède, à établir :

1.° Que tout ce qui peut détruire l'antagonisme entre les muscles abducteurs et adducteurs du pied produit de nécessité la difformité dont il s'agit : que des blessures, des paralysies, certaines habitudes pendant la progression, ont mis cette vérité dans une évidence qui exclut toute espèce de doute à cet égard ;

2.° Qu'en raisonnant par analogie et en consi-

dérant les prompts résultats du traitement commencé aussitôt après la naissance, il est naturel d'admettre que chez le fœtus, dont le système musculaire est loin d'être inerte, l'antagonisme peut cesser d'exister entre les muscles du pied par une cause à nous inconnue, qui peut être locale, générale, même héréditaire, d'où résulte le pied-bot congénial;

3.° Que dans certaines circonstances rares et qui par-là même font exception, la killopodie innée peut s'accompagner d'une déformation des os et d'un relâchement des ligamens, avec présence ou non de quelques autres difformités dans le reste du corps; qu'alors on peut l'attribuer à un vice d'organisation primitive et consécutivement à la compression, cause unique de toutes les monstruosités; mais que cette compression ne doit point être accusée comme source première des déviations du pied congénitales; d'autant plus qu'au changement de formes des os se joint celui des puissances musculaires, sans qu'on puisse établir positivement lequel est antérieur à l'autre;

4.° Qu'une mauvaise position du fœtus dans la matrice n'est point la cause du pied-bot chez un sujet bien constitué d'ailleurs, puisque celle qu'il occupe naturellement, quoique prédisposant à cette affection, ne suffit point pour la produire;

5.° Qu'enfin on en doit dire autant de la rétraction de l'aponévrose plantaire, malgré ce qu'on lit à ce sujet dans le Journal de M. Maisonabe sur les difformités, puisque cette aponévrose a été trouvée par d'autres amincie, comme celle de la jambe, et que sa section n'a facilité en aucune manière le retour des parties à leur état naturel. Loin de nous l'idée de contester la vérité des détails d'anatomie pathologique consignés dans le journal dont nous parlons; mais un autre auteur non moins recommandable ayant observé des faits tout opposés, on ne peut considérer le raccourcissement de l'aponévrose plantaire comme cause essentielle du pied-bot, mais bien comme un épiphénomène de cette maladie : accident variable ainsi que beaucoup d'autres que l'on voit coïncider avec elle et ajouter à sa gravité, tels que le raccourcissement primitif de certains muscles, la déformation des os, le relâchement des articulations, etc.

Il nous reste quelque chose à dire sur la fréquence de la killopédie comparée à la rareté de la killochéïrie, quoique ces deux maladies reconnaissent les mêmes causes et s'expliquent de la même manière. Dans l'articulation du pied, le peu de largeur de l'astragale qui porte le poids du corps tout entier, la brièveté des malléoles qui complètent la mortaise où cet os est reçu, la force et

le nombre des abducteurs et adducteurs du pied, comparativement à ceux de la main, permettent de concevoir la facilité d'un déplacement du moment où les muscles, seuls liens solides de la jointure, viennent à éprouver quelques dérangemens dans leurs fonctions. Au contraire, l'articulation du poignet a un diamètre transversal très considérable, et il est très difficile que les os puissent être déviés dans ce sens, à moins que les surfaces articulaires ne se trouvent considérablement diminuées par l'absence de l'un des deux os de l'avant-bras, ou par leur fusion en un seul, comme on en a observé des exemples.

TRAITEMENT.

Ce n'est pas chose facile de donner une idée complète de tous les moyens qui ont été employés avec plus ou moins de succès pour corriger les difformités des extrémités. Variables et multipliés à l'infini, ces vices de conformation ont dû exiger des machines de toute espèce, puisque souvent on a pu voir la même infirmité nécessiter des modifications fréquentes dans la disposition du même appareil. Si à la diversité des maladies, cause naturelle de la diversité des moyens, on ajoute tout ce qu'il faut rapporter à l'imagination des

chirurgien et du patient, on pourrait déformer et former à volonté une partie du système osseux. Doués d'une moindre vitalité que les autres organes les os résisteraient difficilement à une action soutenue et bien combinée. Ainsi, nous avons vu, chez un enfant de six ans, une courbure du genou, qui avait succédé à une tumeur blanche de cette jointure, céder en totalité à l'action de la machine dont nous parlerons à la suite des descriptions; mais, dans les derniers temps de la cure, le redressement avait porté non point sur l'articulation elle-même qui présentait encore un coude assez prononcé, mais sur la partie supérieure du tibia, en sorte que l'axe de la jambe, au lieu d'être le même que celui de la cuisse, lui était un peu postérieur. Dans cet exemple, les ligamens du genou et peut-être encore plus les muscles du jarret, après avoir long-temps cédé à l'emploi des moyens extenseurs, avaient fini par leur opposer une résistance telle que leur action était retombée sur le tibia lui-même.

On sait maintenant, à n'en plus douter, que les cals vicieux peuvent être redressés très long-temps après la fracture qui leur a donné lieu. L'auteur d'une thèse riche en faits de ce genre et en réflexions judicieuses basées sur ces faits (1), donne le con-

(1) Dissertation sur la possibilité de faire céder le cal, pour corriger

seil de tenter la guérison de ces difformités accidentelles quatre ou cinq mois après la fracture dont elles sont le résultat. Il ne fixe même pas le terme que l'on ne peut dépasser sans exposer le malade aux ennuis d'un traitement tout au moins inutile. Cela dépend du sujet sur lequel on doit espérer de réussir, d'autant mieux qu'il sera plus jeune et que sa constitution plus lymphatique et moins robuste fera soupçonner des os moins compacts et un travail d'ossification moins actif et moins avancé.

D'après toutes les considérations précédentes et surtout d'après les nombreux exemples de succès complets obtenus par les chirurgiens et orthopédistes de tous les temps, notamment de celui où nous vivons, on doit penser que les courbures des os longs sont susceptibles d'être redressées à l'aide des moyens mécaniques, soit qu'elles reconnaissent pour cause une solution de continuité, soit qu'elles tiennent à un vice interne.

Quand aux circonstances qui établissent l'opportunité du traitement, on devra s'empresser d'y avoir recours :

1.° Si le sujet est cachectique et que par là on ait lieu de craindre de nouveaux progrès de la ma-

les difformités provenant de fractures vicieusement consolidées. Par E. J. Jacquemin. Paris, 1823.

ladie en l'abandonnant à la nature. En effet, si on ne fait rien pour l'arrêter, le ramollissement du tissu osseux qui l'a déterminée persistant toujours, on doit redouter que le poids du corps qui, dans la station et la progression, repose sur les extrémités ne tende incessamment à augmenter les courbures qui existent déjà. En même temps que la mécanique redressera les incurvations, la médecine devra s'occuper de l'état constitutionnel, et à l'aide d'une gymnastique bien entendue et d'un traitement interne sagement dirigé, elle consolidera les effets du traitement orthopédique, en donnant au système osseux toute la solidité qu'il doit avoir;

2.° Si le sujet est encore jeune, ou bien que, chez lui, les os n'aient pas encore acquis toute la consistance qui leur est propre chez l'adulte bien portant. A cet égard on ne peut déterminer l'époque précise passé laquelle on doit renoncer à toute tentative de guérison : elle doit varier infiniment suivant la nature de la maladie, l'état particulier du sujet et beaucoup d'autres circonstances qu'un praticien judicieux et expérimenté pourra seul apprécier : cependant en thèse générale on peut établir que, pour une incurvation non accidentelle, on ne doit guère espérer de réussir passé l'âge de la deuxième dentition;

3.° Si la difformité est considérable et qu'elle tende constamment à s'accroître, les efforts de de la nature étant impuissans pour lutter contre les efforts de la pesanteur du corps qui aggrave la maladie ;

4.° Si la difformité ne remonte pas à une époque trop éloignée. Ici, il est impossible de rien préciser et de poser des limites bien déterminées aux ressources de l'art. Nous avons vu précédemment que des cals défectueux avaient pu être redressés au bout de cinq et six mois. Très probablement on réussirait au bout d'une année et plus chez de jeunes enfans sur lesquels on corrige des incurvations spontanées de date beaucoup plus ancienne. Au surplus, tout en reconnaissant que le succès est d'autant plus probable que le mal est plus récent, c'est ici le cas de rappeler ce que nous avons dit au sujet du traitement des déviations de la colonne vertébrale, c'est qu'aucun danger ne pouvant résulter de l'application d'un appareil bien conçu et bien appliqué, il vaut beaucoup mieux courir les chances d'un traitement incertain, que d'abandonner le malade aux inconvéniens certains d'une difformité.

Les motifs qui doivent faire ajourner le traitement mécanique sont le peu de gravité de la difformité, le bon état de la constitution, la pré-

sence de tous les signes qui excluent l'idée d'un vice rachitique, scrophuleux, etc. Rien n'est plus commun que de voir de jeunes enfans présenter, dès les premiers mois de leur existence, une légère courbure des tibias qui persiste pendant plus ou moins de temps sans augmenter. L'incurvation en dedans est celle qui coïncide le plus souvent avec une bonne constitution et qui laisse le plus d'espoir d'une guérison facile. Dans les cas de cette nature, on doit recommander de laisser marcher les enfans le moins possible et se borner à un traitement fortifiant et à des frictions sèches et aromatiques sur la partie malade. Assez souvent la difformité se dissipe par les progrès de l'âge, de manière à ne laisser aucune trace de son existence : s'il en était autrement, il faudrait recourir aux moyens que la mécanique met à notre disposition, et qui sont d'autant plus efficaces, en général, qu'on les emploie de meilleure heure.

Enfin on renoncera à tout traitement orthopédique s'il s'agissait d'un individu souffrant et épuisé dont la santé fût incapable d'amélioration; si la déformation était trop ancienne ou le sujet trop âgé. Dans la première de ces suppositions, l'application des appareils ne pourrait avoir que des inconvéniens; dans les deux autres, elle serait tout au moins inutile.

Un grand nombre de machines a été proposé et employé pour remédier aux incurvations des os ou des membres dans leur totalité. L'inexactitude ou l'absence de leurs descriptions nous met dans l'impossibilité d'en parler. Quant à la critique, il ne serait pas plus aisé de la faire avec justice et impartialité, parce que la plupart de ces machines, ainsi que nous le disons, ne sont pas connues à fond, et que, d'ailleurs, leur succès dépend le plus souvent des ouvriers qui les confectionnent et surtout des mains qui les appliquent et en dirigent l'action. Nous nous bornerons ici à donner une idée succincte de quelques-unes d'entre elles qui sont décrites dans les ouvrages d'orthopédie moderne.

Appareil oscillatoire de Jalade-Lafont. L'auteur de cette mécanique rapporte en avoir fait plusieurs applications heureuses à toutes les difformités possibles existant, soit dans la continuité, soit aux points de contiguité des os qui constituent la charpente du corps. Les planches V, VIII, XIV, XV, XVIII, XIX et XX, 3.e partie de l'ouvrage déjà cité, tome 1.er, page 229, ont trait, la V.e à une fausse ankylose de l'articulation coxo-fémorale, la XIII.e et la XIV.e à une affection semblable du genou droit, la XV.e au redressement de pieds-bots et d'une main courbée par l'action musculaire, les

autres enfin à la courbure et à diverses espèces de difformités des extrémités inférieures.

Ce n'est pas le moment de décrire d'une manière complète cette machine sur laquelle nous reviendrons avec détails dans le tome III.e, en faisant la comparaison des différens moyens mécaniques qui ont été employés au traitement des difformités. Il nous suffira de dire que l'appareil oscillatoire est adapté soit à un lit, soit à un fauteuil, selon la position que le malade doit avoir et que son action est dirigée sur la partie dont on veut obtenir le redressement. L'oscillation est, comme on peut se le rappeler, une succession de tractions et de relâchemens alternatifs appliqués parallèlement ou perpendiculairement au lévier sur lequel on agit. Par exemple, dans les courbures des extrémités en dedans, la traction est perpendiculaire à leur direction et tend à porter chacune d'elles en dehors : dans l'incurvation de la main et dans les pieds-bots elle est, au contraire, parallèle à l'axe du membre dans l'état sain.

Les auteurs de l'article *orthopédie* (Dict. des Sciences médicales, tom. 38, page 347), conseillent dans le cas de courbure des os de la jambe et de la cuisse, à la suite du rachitisme ou par l'effet d'un vice de conformation congénital, un tuteur très long appliqué sur le côté concave, et un coussin

fixé à une courroie qui agisse sur le sommet de la convexité pour la déprimer et la ramener dans la direction des autres parties du membre.

Les figures 8 et 9, planche LXXVIII de l'Atlas de l'Orthomorphie de M. Delpech, sont destinées à représenter un appareil du même genre qui convient au redressement d'un os courbe dans sa continuité ou d'une articulation déviée. Il se compose d'un tuteur ou barreau métallique qui règne tout le long du membre inférieur depuis le bassin où il est articulé avec une ceinture élastique, jusqu'au niveau de la malléole externe, où il est rattaché à un étrier par une double articulation dont la disposition est représentée à la figure 2 de la même planche. Ce barreau est brisé au-dessus et au-dessous du genou (l'appareil était construit pour une déviation en dedans de cette articulation) et, à l'endroit de cette brisure, il existe deux charnières à mouvemens latéraux, séparées par un charnon moyen, duquel partent deux tenons ou prolongemens qui se portent l'un en haut et l'autre en bas. L'extrémité de chacun de ces tenons est reçue dans la rainure d'un limaçon, espèce de vis plate, dont la hauteur égale seulement l'épaisseur de la pièce dans laquelle elle est engagée; de telle sorte que quand on vient à faire éprouver à ces limaçons ou vis un mouvement de rotation, à l'aide

d'une clef qui entre dans deux trous pratiqués à leur surface, le tenon est poussé en dedans ou en dehors selon le sens de la rotation, avec toute la force d'un plan incliné. Or, comme le barreau brisé est fixé le long du côté externe du membre inférieur par des courroies, que sa situation est rendue invariable en haut par son articulation avec la ceinture, en bas par sa continuation avec un brodequin, l'action des limaçons tend à redresser les courbes que l'appareil présente, courbes qui doivent être modelées sur les formes du membre dévié, et il en doit résulter un redressement de la déformation par des efforts très puissans et gradués à volonté.

Le tuteur métallique dont il vient d'être parlé, est sans doute l'addition faite à la machine de Venel, pour le pied-bot, par le chef d'un établissement orthopédique renommé de la capitale, qui compte plusieurs succès dans le traitement des courbures du tibia chez les jeunes enfans. Ce n'est cependant qu'une simple conjecture, et le mystère qui entoure les moyens mis en usage dans cette maison, nous met dans l'impossibilité de raisonner sur leur valeur.

2.° *Difformités des os à leurs points de contiguité.*

Nous savons déjà, par la lecture de ce qui précède, que ces difformités sont très rarement

le résultat d'une déformation primitive des surfaces articulaires elles-mêmes, ce qui rendrait de nécessité le traitement infructueux, hormis chez les sujets d'un âge bien tendre. Presque toujours elles dépendent de l'état de raideur ou de relâchement des ligamens, et plus souvent, peut-être, de la contraction spasmodique ou du raccourcissement de certains muscles moteurs de l'articulation. L'existence des brides sous-cutanées, aponévrotiques ou celluleuses, a quelquefois aussi déterminé des difformités articulaires. Nous nous sommes étendus ailleurs sur toutes ces dispositions pathologiques, et sur les causes qui les déterminent; il suffit d'en faire mention au moment d'en venir à l'histoire des moyens curatifs qu'on peut leur opposer.

Le traitement des difformités des articulations peut être chirurgical, gymnastique ou mécanique.

Quant au premier, nous renverrons le lecteur aux nombreux ouvrages écrits dans tous les pays sur la pathologie externe et notamment sur les maladies des os. Là se trouvent présentés, avec la sanction de l'expérience, tous les moyens que l'art peut employer dans ces cas ordinairement très graves, tels que les saignées locales, les vésicatoires, les sétons, les moxas, les caustiques, le cautère objectif, transcurrent, les linimens de toute espèce, etc. Nous nous arrêterons un instant sur

une méthode peu connue et qui a été préconisée dans ces derniers tems par l'auteur d'un mémoire publié dans un royaume voisin de la France (1). M. Gidhella, chirurgien italien, présente comme un moyen aussi nouveau qu'efficace, pour guérir l'immobilité des articulations provenant d'un état pathologique des parties molles qui les constituent et les entourent, l'emploi d'incisions répétées autour

(1) Mémoire sur l'Immobilité des Articulations, par Gidhella : Giornale di Chirurgia pratica. Mars, 1827, etc. Journal analytique t. 1.er, n.° 6, page 447. Mars, 1828.

Nous rapporterons deux observations fort intéressantes qui viennent à l'appui de la méthode de M. Gidhella et figurent dans son mémoire.

Valari, âgé de vingt-six ans, était affecté d'une ankylose complète de l'articulation du poignet droit, à la suite d'une fracture, avec lésion des parties molles. L'articulation était le siége d'un engorgement lymphatique; les ligamens étaient adhérens, épaissis, et la main ne pouvait exécuter la moindre flexion. Près de deux cents incisions furent successivement pratiquées sur tous les points de l'articulation, et, en moins de vingt jours, le malade avait retrouvé la faculté de fermer le poing et de faire exécuter à la main des mouvemens de rotation.

J. F., âgé de vingt-trois ans, était affecté d'une ankylose ancienne de l'articulation du coude droit, avec flexion et atrophie de l'avant-bras et mouvement épileptique de cette partie. Les vésicatoires, les sétons, les douches de tout genre et beaucoup d'autres remèdes avaient été employés sans succès.

Plus de cent incisions furent successivement pratiquées, principalement sur les parties latérales de l'articulation ; il s'échappa beaucoup de sang ; une extension graduée fut mise en usage au moyen d'une machine qui prenait son point fixe sous l'aisselle, et dont l'autre extrémité répondait à la main. Trois mois suffirent pour amener une guérison des plus complètes.

Une ankylose des deux os de l'avant-bras, une autre du genou et une du pied furent toutes guéries par le même traitement.

de l'articulation malade. Il conseille de n'avoir que rarement recours aux remèdes ordinaires et de faire des incisions nombreuses dont la profondeur et la direction sont déterminées par la partie sur laquelle on opère. Les cas dans lesquels ces incisions sont surtout indiquées, sont ceux dans lesquels il y a raideur des tendons et des ligamens, épaississement et rétraction des tégumens. On ne confondra pas ce traitement dont l'efficacité est confirmée par un grand nombre de faits, avec la section de brides cellulaires aponévrotiques qui détermineraient la contracture. Par cette dernière opération, on détruit un obstacle qui s'opposait matériellement au rétablissement des parties dans leur état naturel, tandis que par la méthode de M. Gidhella on agit d'une manière toute spéciale, probablement par le dégorgement local de la partie, et ensuite par la forte dérivation résultant des plaies qui viennent à suppurer.

C'est encore au traitement chirurgical qu'il faut rapporter certaines opérations conçues ingénieusement et exécutées avec adresse par différens praticiens distingués qui ont, de cette manière, remédié à des difformités très incommodes et quelquefois même insupportables. M. le professeur Boyer s'est trouvé différentes fois dans la nécessité d'exciser une portion du tendon de l'extenseur d'un orteil pour empêcher le renversement de cet

orteil sur le dos du pied, sa compression par la chaussure, et, par suite, des douleurs intolérables pendant la progression. Dutertre (1), chirurgien distingué de la capitale, a donné l'histoire de plusieurs opérations pratiquées avec autant d'adresse que de bonheur dans des cas de difformités des mains, survenues depuis plusieurs années à la suite de brûlures ou d'autres accidens. Les doigts étaient renversés et entre-croisés, adhérens entre eux ou aux parties molles de la main par des brides dures et résistantes. L'habile opérateur parvint à les détruire toutes, ramena les doigts à leur position naturelle, les maintint à l'aide d'appareils de son invention, et obtint la guérison de toutes les plaies, sans que les cicatrices se soient opposées au retour des mouvemens naturels.

La gymnastique dont nous avons blâmé l'emploi dans le cas de déviations vertébrales où l'équilibre musculaire était détruit, peut être employée avec succès pour fortifier un membre dans lequel la faiblesse est devenue cause de difformités, pour alonger des muscles, des tendons, des ligamens naturellement courts ou raccourcis accidentellement.

Supposons qu'une des extrémités supérieures ait

(1) Traité d'Opérations nouvelles, et Inventions de Mécaniques servant de moyens secondaires pour en assurer le succès; par P. Dutertre. Paris, 1814.

été le siége d'un phlegmon étendu et de nature grave, ou d'une inflammation quelconque, comme celle qui pourrait résulter d'un coup de feu. Au gonflement inflammatoire aura succédé un amaigrissement du membre, et, en même tems, un affaiblissement des muscles produit par l'inaction, et la compression exercée par les appareils : les articulations du coude, du poignet et de la main se sont enraidies dans la demi-flexion, position recommandée en pareil cas, et le membre ne pourra plus être mû qu'en totalité.

On conçoit quel avantage le malade pourra recueillir de mouvemens sagement calculés, d'un exercice accommodé aux forces du membre, et conçu de manière à ne pas causer au malade un ennui qui l'en éloigne. Ne peut-on pas espérer des résultats également heureux de moyens semblables dans un cas où une blessure intéressant un nerf essentiel aurait diminué la chaleur et la vitalité dans un membre, en même tems que la faculté contractile de ses muscles? Dans toutes ces circonstances, la gymnastique rendra des services incontestables, parce que son action se portera d'une manière spéciale sur les parties affectées ; elle fortifiera celles qui pèchent par faiblesse, et le tiraillement continuel exercé sur les tissus endurcis et contractés concourra à vaincre leur résistance et à en amener l'alongement.

Quelle opinion doit-on avoir d'une pratique hasardeuse, préconisée par l'empirisme, et de laquelle, d'ailleurs, des hommes de l'art fort recommandables rapportent des exemples encourageans? Nous voulons parler de ces mouvemens brusques et violens, conseillés pour étendre d'une manière subite les articulations fléchies et enraidies à la suite de maladies ou d'accidens, ou bien pour les fléchir quand elles étaient restées dans une extension permanente après des causes de même nature. L'histoire consacre un fait de ce genre qui devint pour un médecin arabe une source d'honneur et de gloire. Une des femmes chéries du célèbre Calife Aaroun Al-Raschild avait perdu l'usage d'un bras, et toutes les ressources de l'art avaient été inutilement employées pour la guérir (1). Un médecin de haute renommée est appelé de fort loin ; il examine la malade, se fait raconter ce qui lui est arrivé, et de suite, sans hésiter, promet une prompte guérison. S'approchant alors de cette femme en présence du Calife et de toute sa cour, il saisit le bas de sa robe et fait mine de vouloir la relever. Aussitôt la pudeur alarmée de la malade lui fait faire un effort surnaturel pour se défendre d'un tel outrage, et elle est guérie à l'instant même.

(1) La manière dont le fait est raconté donne lieu de présumer que cette immobilité du bras dépendait d'une fausse ankylose de l'articulation scapulo-humérale et non d'une affection paralytique.

Sans recourir à un fait qui, en le supposant vrai, a bien pu être altéré pendant tout le tems qu'il lui a fallu traverser pour venir jusqu'à nous, Würtz, dans sa Chirurgie, page 368, parle d'une claudication par flexion du genou survenue à la suite d'une blessure, laquelle guérit par la nécessité de courir. Un cousin de Valériola (1), atteint depuis six ans d'une rétraction musculaire du jarret causée par des spasmes convulsifs, fut guéri à l'instant même en sautant à bas de son lit dans un violent accès de colère. Un praticien de notre connaissance, consulté pour une raideur, avec extension continuelle du genou, suite d'une fracture de la rotule qui avait eu lieu huit mois avant, fit placer le membre sur une table, le jarret dépassant un peu le bord de cette table, puis il pesa fortement sur la jambe pour la fléchir nonobstant les cris du malade. Le genou plia, sans que cependant la flexion fut complète, et, à la suite de vives douleurs et d'une inflammation assez intense déterminées par cette manœuvre, les mouvemens revinrent dans l'articulation.

Quoi qu'il en soit de tous ces succès auxquels on pourrait opposer, sans nul doute, un nombre infiniment plus grand d'accidens, nous pensons

(1) Valériola. Observationes medicæ. Livre 2. Observat. 4 rapportée par Hoffmann. Traité des Fièvres, trad., tome 3. Dissertations sur la Salubrité des Fièvres, page 86.

que les extensions forcées et subites doivent être rejetées d'une pratique prudente et sage, puisque l'on peut arriver bien plus sûrement, quoiqu'avec plus de lenteur, à des résultats aussi avantageux par des manœuvres douces et graduées, soit à l'aide de la gymnastique, soit par les appareils nombreux imaginés à cet effet.

Le traitement par les machines est celui dont on trouve le plus souvent l'application, et qui compte aussi le plus grand nombre de réussites. Dernière ressource d'un art réparateur, quand la chirurgie et la gymnastique n'ont plus rien à espérer de leurs moyens, la mécanique vient souvent à bout de ce qu'elles n'ont pu obtenir, ou bien termine ce qui a été commencé par elles. On doit y recourir toutes les fois qu'il reste un peu de mouvement dans la jointure déformée, ou bien que l'on peut y déterminer une mobilité quelconque sans douleur trop vive, ni accidens graves. On sait que la soudure des surfaces cartilagineuses est très rare, et qu'elle n'arrive guère qu'à la suite d'une carie ou d'une inflammation adhésive consécutive à cette affection. Au contraire, les fausses ankiloses, maladies si communes, ne sont la plupart du temps que le résultat de la rétraction des muscles et des tendons, et cette résistance une fois vaincue, il est permis d'espérer la guérison de difformités aussi an-

ciennes que considérables. Pour se faire une idée de ce que peuvent des moyens gradués d'une manière douce et insensible, pour apprécier au juste toute l'étendue des ressources de l'art contre les difformités les plus effrayantes au premier coup d'œil, qu'on se reporte à l'Observation 2 des Difformités du Bassin, tome II, pages 292 et suivantes. Une rétraction de l'extrémité inférieure, datant de vingt mois, si considérable que le talon n'était plus qu'à deux pouces de la fesse, cède en six jours à des moyens extensifs dont l'action allait croissant d'une manière insensible et cependant très efficace. De fortes convulsions accompagnèrent chacune des tentatives d'extension et nous obligèrent à nous arrêter, mais elles n'eurent et ne devaient avoir aucunes suites fâcheuses; c'était un phénomène simplement nerveux et non l'effet des tractions qui étaient trop douces et conduites avec trop de ménagement pour produire de fâcheux résultats. S'il eût été question ici d'une ankylose véritable, l'extension dirigée d'après les mêmes principes n'aurait déterminé aucun changement dans l'état des parties, et, en arrivant successivement à une force plus considérable, on aurait été arrêté par la douleur, mais toujours sans mobilité des parties. Il est une remarque digne d'attention à ce sujet, c'est que dans les rétractions des organes musculaires

les premières tentatives d'extension sont celles dans lesquelles on éprouve le plus de résistance. Lorsque l'on est parvenu à gagner quelque chose et que le ressort des muscles est pour ainsi dire forcé, il suffit d'efforts beaucoup moindres pour arriver à des résultats très marqués.

Dans un très grand nombre de circonstances, le traitement mécanique peut être associé à la gymnastique ou au traitement chirurgical, et concourir ainsi de la manière la plus efficace à la guérison de la maladie. Cette idée a été déjà développée dans notre ouvrage sur les Luxations, mais elle mérite la peine que nous y revenions ici avec quelques développemens.

Il est de principe que dans une inflammation articulaire le repos est la première condition d'un traitement rationnel et efficace. Tant que les surfaces articulaires frottent les unes sur les autres, il en résulte une irritation continuelle de la synoviale déjà phlogosée, et toute manœuvre de ce genre est en opposition directe avec les efforts de la nature qui cherche à éteindre l'inflammation. N'est-ce donc pas agir tout à fait dans son sens que d'éviter tous les mouvemens inséparables des pansemens faits par les méthodes ordinaires, ceux qu'exigent les besoins naturels du malade, ceux que le malaise de sa situation lui fait exécuter contre notre défense? Une machine appropriée à

la partie et au genre de la maladie peut seule remplir toutes ces indications, et une expérience toute récente vient de mettre cette vérité en évidence pour nous.

Une jeune fille de sept ans portait depuis trois ans une tumeur blanche du genou, déterminée par une chûte sur cette partie. Le volume de la jointure était d'un tiers plus considérable que celui de l'articulation opposée ; une chaleur vive, une douleur continuelle indiquaient l'existence d'une inflammation sourde contre laquelle toutes les ressources de l'art et les conseils des meilleurs praticiens avaient déjà échoué : tout faisait redouter une issue funeste de cette maladie lorsqu'une nouvelle méthode de traitement fut substituée à celles qui avaient déjà été mises en usage. Des cautères de forme ronde, d'un pouce de diamètre, rougis à blanc, furent promenés autour de l'articulation, à une distance suffisante pour produire une chaleur assez forte, mais supportable. Quand cette sensation allait jusqu'à la douleur, on changeait le cautère de place, ou bien on l'éloignait de la peau. Cette opération exécutée par une mère tendre et intelligente, quatre fois par jour et pendant dix ou quinze minutes chaque fois, fut continuée durant plusieurs semaines. En même temps, le genou était maintenu dans une immobilité complète par une

gouttière articulée (voyez les planches) qui restait appliquée le jour et la nuit.

Sous l'influence de ce traitement la chaleur et la sensibilité s'éteignirent graduellement; le volume de la tumeur diminua, mais plus lentement; et quand tout indiqua que l'état inflammatoire avait cessé d'exister, on étendit insensiblement l'articulation en ouvrant par degré l'angle formé par la gouttière articulée. Le sujet de cette observation, âgé aujourd'hui de dix ans et demi, marche sans claudication bien sensible; le membre est complètement redressé, après avoir été coudé sous un angle de près de 90 degrés; on n'aperçoit même plus cette courbure des os de la jambe dont nous avons parlé page 376; enfin il n'existe plus entre le membre guéri et l'autre qu'une différence très légère et relative seulement au volume. Il y a tout lieu d'espérer que le retour de la nutrition favorisée par l'exercice et les années, la fera entièrement disparaître.

Les appareils destinés à redresser les articulations enraidies et coudées, agissent entièrement dans le même système que ceux que nous avons vus être dirigés contre la courbure du corps des os. Choisir des points d'appui solides aux extrémités du lévier, du côté concave, comprimer le centre de la convexité, en même temps déterminer le moins de gêne et de douleur possible, et conser-

ver, quand cela se peut, les fonctions de la partie, telles sont les indications communes à toutes les machines que l'on peut employer à guérir les difformités des extrémités. D'ailleurs, ces divers appareils ne diffèrent que par la nature du lévier auquel ils sont appliqués, lévier qui est continu dans les affections du corps des os et brisé dans celles des jointures. Nous passerons successivement en revue les difformités des articulations des membres supérieurs et inférieurs, et nous signalerons ce que chacune d'entre elles peut présenter de particulier sous le rapport du traitement.

a Les difformités des épaules qui dépendent d'une conformation vicieuse des clavicules ou des omoplates sont incurables lorsqu'elles remontent à une époque déjà éloignée. En effet, il est impossible de remédier par quelque moyen que ce soit à un défaut ou à un excès de volume ou de longueur de l'un ou l'autre de ces deux os. Il n'est pas plus facile de faire disparaître une exubérance quelconque de leur surface, survenue spontanément ou d'une manière accidentelle: l'extrême mobilité des os qui ne peuvent présenter un point d'appui solide, lequel manquerait d'ailleurs de point de résistance, le peu d'épaisseur des parties molles qui les recouvrent et s'excorieraient avec la plus grande facilité, y apportent des obstacles invincibles.

Si la difformité était accidentelle et récente, comme une luxation ou bien une fracture de la clavicule, il faudrait appliquer, pour prévenir une consolidation vicieuse des parties, un appareil bien conçu et plus sûr dans ses effets que tous ceux dont on fait usage en général. Bien qu'il s'agisse moins ici d'Orthopédie que d'un point fort délicat de chirurgie-pratique, nous profiterons de cette occasion pour parler d'un appareil que nous avons imaginé pour le traitement des luxations de l'extrémité sternale de la clavicule. On ne peut disconvenir de l'insuffisance de tous les moyens employés et conseillés jusqu'alors contre les maladies de cette espèce : nous croyons pouvoir arriver à des résultats plus avantageux à l'aide de nos machines, et nous attendons que l'occasion se présente de vérifier nos espérances. Nous publierons la description et les planches de ces appareils quand ils auront été appliqués.

Quant aux difformités des épaules qui dépendent de l'action musculaire, le traitement varie selon le genre de ces déformations, variables elles-mêmes, ainsi que nous l'avons déjà dit. Les deux épaules sont-elles saillantes en arrière par la prééminence du bord postérieur et de l'angle inférieur de l'omoplate, ce qui constitue ce qu'on appelle vulgairement *les épaules en oreilles de souris ;* il faut d'abord, par un bandage appro-

prié, rejeter en arrière les deux articulations scapulo-humérales; puis solliciter par des applications toniques, par des douches, des frictions aromatiques et fortifiantes, l'action de tous les muscles qui vont s'insérer de l'épine cervicale ou du corps même des vertèbres de cette région au bord spinal du scapulum.

Si l'une des épaules se trouve abaissée ou élevée par le défaut ou l'excès d'énergie des muscles qui s'y insèrent, on fortifie le côté faible par les moyens que nous venons d'indiquer. Il en est d'autres encore qui réussissent assez bien dans cette circonstance; c'est l'usage d'un corset qui monte plus haut du côté abaissé que de l'autre, et gêne le dessous du bras correspondant. La douleur qui résulte de cette pression continuelle détermine la personne qui porte cet appareil à élever l'épaule d'une manière instinctive et, pour ainsi dire, sans qu'elle s'en aperçoive, et cette contraction habituelle des muscles a pour effet de leur rendre la force dont ils manquaient et de replacer l'épaule au niveau de l'autre. On a aussi conseillé de mettre sur l'épaule abaissée un poids qui y reste habituellement fixé. Ce moyen agit, comme le précédent, en sollicitant les contractions des muscles et en rétablissant la régularité et la symétrie des deux articulations scapulo-humérales.

Nous regardons la gymnastique comme très

efficace dans les cas de rapprochement des deux épaules en avant, ou de leur abaissement simultané par atonie musculaire. Parmi les mouvemens qui nous semblent présenter ici une utilité spéciale, nous donnons la préférence à ceux qui résultent de la natation. Dans ce genre d'exercice, le corps est alongé horizontalement dans un milieu où il ne se soutient que par le jeu continuel de tous les muscles, même de ceux du corps, bien qu'il paraisse obéir passivement à l'impulsion qu'il reçoit des extrémités. Si l'on veut analyser les phénomènes qui ont lieu, on voit que les masses musculaires du tronc sont occupées à opérer des mouvemens respiratoires bien plus laborieux que d'ordinaire, et à fournir des points d'appui résistans aux muscles des extrémités, principaux agens de la locomotion dans l'eau ; que les faisceaux charnus de la région cervico-occipitale se contractent avec force pour rejeter la tête en arrière et l'élever au-dessus de la surface du liquide ; qu'enfin, ceux qui mettent en jeu l'extrémité supérieure, et il s'agit d'eux particulièrement dans les difformités des épaules, sont dans un état d'équilibre parfait, cette extrémité se mouvant presque continuellement dans le plan du corps, et ses adducteurs, abducteurs, élévateurs et abaisseurs étant exercés sans violence, à tour de rôle, et, pour ainsi dire, dans des proportions égales. Qu'on joigne à cela l'ex-

trême liberté dans laquelle se trouve le système locomoteur par l'absence de tout vêtement, l'effet tonique du bain froid, et on se fera une idée de tout le bien qu'on peut obtenir de la natation, lorsque l'usage en est subordonné aux forces de l'individu et aux effets qu'il en ressent.

b L'articulation scapulo-humérale peut devenir le siége d'une raideur plus ou moins considérable ou d'une immobilité absolue à la suite d'une blessure ou d'une fracture dans le voisinage de l'épaule, d'une affection rhumatismale, goutteuse, etc. L'indication à remplir étant d'y rétablir le mouvement et les formes normales, il faudra prendre le point d'appui sur l'épaule; la fixer d'une manière invariable, puis faire exercer à l'extrémité supérieure, considérée comme un lévier unique, des mouvemens orbiculaires ou en fronde de plus en plus étendus. L'appareil destiné à cet usage ne doit point rester à demeure; il sera appliqué à plusieurs reprises dans la journée, plus ou moins souvent, suivant les effets qui en résultent, puis enlevé immédiatement après avoir servi. Nous ne connaissons aucune machine de ce genre, et l'occasion ne s'est point encore rencontrée d'en faire construire une; mais on pourra s'en faire une idée en voyant dans notre ouvrage sur les luxations la description et la planche du méro-trochateur employé contre une fausse ankylose de l'articulation

coxo-fémorale, l'analogue de celle de l'épaule. Cet appareil fixe le bassin d'une manière invariable, en même temps que le fémur, faisant office de lévier, exécute des mouvemens orbiculaires. Par un appareil secondaire, la jambe fléchie sur la cuisse à angle droit comme dans la position assise, est soutenue, ainsi que le pied, et cette partie de l'extrémité inférieure dont les muscles se trouvent ainsi mis dans un état de relâchement complet, fait corps avec le fémur qu'elle suit dans tous ses mouvemens.

Une luxation non réduite de l'articulation de l'épaule ou de la hanche amène de nécessité une lésion des fonctions de cette partie et surtout une déformation qui rentre dans le domaine de l'orthopédie. Notre pratique ne nous a pas encore présenté de déplacement ancien de l'épaule : si ce cas venait à se rencontrer, l'appareil serait conçu dans le même esprit que celui dont nous venons de donner une idée, et qui, en cette circonstance, aurait pour but de rendre la mobilité à cette jointure; une partie de cette machine prendrait un point d'appui fixe sur le tronc, tandis que l'autre, susceptible de déterminer une extension graduée dans toutes les directions possibles, agirait sur l'humérus, et le ramènerait à sa place, en opérant d'après les préceptes consacrés par la pratique.

Quant aux luxations coxo-fémorales anciennes, il s'en est offert un assez grand nombre à notre

observation, et les succès que nous avons obtenus dans le traitement de cette affection nous font espérer qu'il s'en présentera encore plus d'un cas à notre établissement.

Nous avons donné (page 328 de ce volume) une idée succincte de notre système sur les luxations anciennes et sur les causes véritables qui s'opposaient à leur réduction. L'expérience vient chaque jour confirmer cette manière tout-à-fait neuve d'envisager un point de la science qui semblait jugé depuis long-tems. Cette doctrine est basée sur certains faits méconnus ou observés avec prévention, et sur d'autres faits auxquels on n'avait attaché qu'une importance secondaire, lorsqu'au contraire ils exercent une influence exclusive sur les résultats d'une luxation ancienne. Ainsi, on pensait, en général, qu'aussitôt que des surfaces articulaires avaient cessé d'être dans leurs rapports naturels, il s'établissait, dès ce moment même, une tendance des cavités à se déformer et à se remplir, des têtes et éminences à s'aplatir et à s'user; que les ligamens naturels, perforés ou déchirés pour le passage de l'os luxé, le retenaient dans sa position nouvelle, et lui fermaient, pour ainsi dire, la route qui conduisait à son ancienne demeure; qu'enfin, des brides ou adhérences nouvelles, résultant d'un travail réparateur de la nature et de l'épaississement de tous les tissus voisins,

cellulaires, musculeux ou aponévrotiques, apportaient à toute tentative de réduction des obstacles insurmontables et dangereux même à ébranler.

Des recherches faites avec un esprit dégagé de toute prévention dans les auteurs qui ont écrit sur l'anatomie pathologique, nous démontrent, au contraire, une disposition prononcée des surfaces articulaires à conserver leur forme normale pendant un très grand nombre d'années : des chirurgiens illustres (1) ont signalé cette vérité, et s'y sont arrêtés de manière à faire comprendre qu'ils voulaient détruire une erreur accréditée. Telle est la force de cette tendance de la nature à conserver ce qu'elle avait créé, que chez des individus adultes, dont quelques-uns étaient âgés de plus de soixante ans, on a trouvé le cotyle assez bien conformé, après des luxations congénitales ou qui remontaient à une époque très voisine de la naissance. La déformation des cavités et l'usure des éminences, observées, il est vrai, dans la majeure partie des cas, s'expliquaient tout naturellement par la position nouvelle des os déplacés et par le frottement et la compression inévitables qui résultaient de leur

(1) Martin, de Bordeaux. Voir le Journal de Médecine, T. 29. Année 1768.

Boyer. Dict. des Sciences médicales, article *Luxation*, T. 29, p. 245.

Delpech. De l'Orthomorphie par rapport à l'espèce humaine, etc., T. 1., p. 56 et suiv.

contact anormal. Quant aux brides et adhérences, il s'en faut de beaucoup que leur existence soit constante, et, quand elle a lieu, l'expérience prouve qu'il y a possibilité de vaincre, sans danger, leur résistance que l'on regardait toujours comme insurmontable.

D'après ces considérations, on ne peut rapporter l'irréductibilité des luxations anciennes qu'à la réaction des faisceaux musculaires, dont les uns, contractés et raccourcis, ne sont plus susceptibles d'être étendus par les moyens dont on fait ordinairement usage, et dont les autres, alongés au contraire, ont perdu leur ressort, et seraient incapables de maintenir les os en position si on parvenait à les replacer. C'est donc contre les contractions musculaires que tous nos efforts ont été dirigés. Nous avons pensé qu'une action lente et douce, mais inflexible, ne perdant rien de ce qu'elle gagnait, devait être substituée aux tractions sans ensemble et saccadées des aides qui se fatiguent et irritent la contractibilité des muscles au lieu de la dompter; que ces organes, soumis à une action de cette nature, se laisseraient alonger d'une manière passive et pour ainsi dire à leur insçu; que l'extension étant amenée au degré suffisant, il ne s'agirait plus que de replacer les os dans leur rapport naturel et de les maintenir en position jusqu'à ce que les faisceaux mus-

culaires forcés par l'extension eussent perdu toute disposition à une réaction d'irritation, tandis que ceux qui étaient alongés outre mesure reprendraient insensiblement leur ressort.

L'événement a répondu à nos espérances. Une luxation ancienne datant de six ans, six luxations spontanées plus ou moins anciennes, cinq luxations congénitales dont trois de chaque côté ont été réduites avec une facilité qui a surpassé notre attente et qui promet à l'avenir les mêmes résultats pour la plupart des cas analogues. Nous croyons donc pouvoir établir en principe, d'après une expérience que nous chercherons à confirmer chaque fois que l'occasion s'en présentera, que l'on doit entreprendre la guérison d'une luxation ancienne, accidentelle ou congénitale, lorsque le sujet n'est pas arrivé à cet âge où les tissus ont perdu toute leur extensibilité, et quand les tentatives d'extension, poussées assez loin, donnent des résultats manifestes sans déterminer beaucoup de douleur. En agissant avec la circonspection convenable, si l'on vient à échouer, soit par la configuration vicieuse des parties articulaires qui ne peuvent se mettre ou se maintenir en rapport, soit par des résistances venant des parties molles, il n'y aura eu qu'une perte de tems et des frais inutiles; mais les tentatives seront toujours justifiées par la possibilité d'une réussite dont on citera plus d'un exemple.

Les appareils qui nous servent à réduire les luxations anciennes du fémur sont divisés en trois séries. Ceux de la première opèrent l'extension et l'amènent au degré convenable ; ceux de la seconde effectuent la réduction ; ceux de la troisième maintiennent les parties réduites en rapport, et permettent les mouvemens nécessités par les besoins de la vie et l'essai progressif des forces du membre. On en trouve la description dans notre mémoire sur la réduction des luxations anciennes du fémur.

c L'articulation du coude n'est guère susceptible que d'un genre de déformation, c'est-à-dire qu'elle peut s'enraidir dans une extension complète ou dans une flexion qui s'éloigne plus ou moins de l'angle droit. Le renversement de cette jointure en arrière, son incurvation en dedans ou en dehors ne peuvent se concevoir qu'accompagnés d'un désordre grave des parties qui fait rentrer l'affection dans le domaine de la chirurgie.

Quant à la flexion, on l'observe très fréquemment dans la pratique, et, nous même, avons eu l'occasion de la traiter, mais le peu de temps que la malade a passé avec nous, ne nous a pas permis de suivre la cure jusqu'au bout. On trouvera dans le 4.e volume la description de cet appareil; il nous a paru remplir toutes les indications qui consistent à fixer le tronc et le bras, et à mobiliser l'avant-bras et la main réunis en un

seul lévier, pour leur faire exécuter des mouvemens de flexion et d'extension portés de plus en plus loin d'une manière insensible.

Les auteurs de l'article *orthopédie* du Dictionnaire des Sciences médicales citent plusieurs exemples de flexions du coude et de la main guéries à l'aide d'un moyen remarquable par sa simplicité : c'est un ressort dont la partie convexe est appliquée sur la convexité de la courbure. Nous rapporterons textuellement le passage relatif à l'emploi de cette mécanique dont l'application peut se rencontrer si souvent dans les flexions des articulations et même dans les incurvations du corps des os longs.

« Par suite d'une rétraction spasmodique des « muscles de la partie antérieure du bras, un jeune « homme avait l'avant-bras constamment fléchi ; « il lui était absolument impossible de l'étendre, « et l'on devait craindre, si la partie restait cons- « tamment dans cet état, que l'articulation du « coude, qui, jusque-là, était libre en partie, ne « perdît enfin sa mobilité. L'indication qui se pré- « sentait à remplir était d'étendre insensiblement « les parties et de rendre leurs mouvemens faciles, « à l'aide des bains, des fomentations et de tous « les autres moyens qui sont propres à faciliter « l'alongement des tissus. Des courroies, placées « à la partie moyenne du bras, garnies d'un cous-

« sin, et destinées à rendre la pression moins dou-
« loureuse, soutenaient l'extrémité supérieure d'un
« ressort qui, se recourbant sur l'articulation,
« allait se fixer, par une autre courroie, à la partie
« moyenne de l'avant-bras : tel fut l'appareil, aussi
« simple que facile à imaginer, qui fut mis en
« usage. Cette machine remplit parfaitement l'in-
« dication. Le ressort qui tend sans cesse à se re-
« dresser et dont l'action peut être augmentée à
« volonté, au moyen des courroies, est une puis-
« sance toujours active, qui, prenant son point
« d'appui sur le coude, où une pelote concave
« et très élastique empêche la compression d'être
« pénible, et, agissant par ses extrémités à des
« distances considérables de l'articulation, combat
« avec avantage l'obstacle que forme la rigidité
« des parties. Ni les vaisseaux, ni les nerfs ne sont
« comprimés, et il est facile de se convaincre qu'il
« est de beaucoup préférable à l'attelle sur laquelle
« on propose ordinairement, dans ce cas, d'é-
« tendre le bras et l'avant-bras. L'application
« d'un moyen analogue a été plusieurs fois suivie
« de succès dans les cas de renversement de la
« main sur la face palmaire de l'avant-bras, etc. »

Le genou, articulation analogue sous bien des rapports à celle du coude, peut aussi s'enraidir et devenir immobile dans l'extension et dans la flexion; mais de plus, il est susceptible de dévia-

tion latérale en dedans et en dehors. La fréquence très grande de cette dernière difformité s'explique naturellement et par la forme des surfaces articulaires qui sont bien plus larges, plus planes et présentent moins d'engrenures réciproques qu'au coude, et par la pesanteur du corps qui tend à courber les extrémités inférieures sur lesquelles il repose, pour peu que l'aplomb soit dérangé pour une cause quelconque.

La fausse ankilose du genou dans l'extension se guérit à l'aide de moyens mécaniques disposés de telle sorte que, la cuisse étant fixée d'une manière solide, une pression ménagée, mais soutenue, soit exercée à la partie inférieure de la jambe, pression d'autant plus énergique que l'effort sera appliqué à un point plus éloigné de l'articulation du genou, c'est-à-dire, qu'on aura alongé davantage le lévier mis en jeu. On peut arriver au même résultat à l'aide d'un appareil qui, fixé solidement à la cuisse et à la jambe, se trouve brisé au niveau du genou.

C'est ainsi qu'est construite la machine dont Delpech se servait dans les cas de raideur de l'articulation tibio-fémorale. Cet appareil se compose d'une gouttière brisée et articulée vers le genou. La partie la plus large embrasse la cuisse; la moins large, la jambe, au moyen de jarretières rembourrées pour empêcher les

inconvéniens de la compression. Un cadre subjacent à cette gouttière qu'il soutient par ses extrémités, s'articule avec la partie fémorale d'une manière fixe, et d'une manière mobile au contraire avec la partie jambière, de telle sorte qu'à l'aide d'une courroie attachée au bout de la gouttière jambière et ramenée sur une bobine que porte un arbre à cliquet fixé au milieu du cadre, on peut opérer une flexion de la gouttière totale en en rapprochant les deux extrémités : ce mouvement a lieu par un glissement de la gouttière inférieure dans une coulisse que porte la face interne du chassis; la même courroie, rejetée à l'extrémité du chassis sur une autre bobine qui s'y trouve à cet effet et ramenée en dessous du chassis à la bobine à cliquet dont nous avons parlé, produira un effet diamétralement opposé au précédent, c'est-à-dire qu'elle fera courir l'extrémité de la gouttière jambière dans un sens contraire, ce qui aura pour résultat l'extension de la jambe en éloignant les deux bouts de la gouttière totale; une seconde courroie attachée au jarret, et roulant sur une troisième bobine fixée au chassis, concourt à produire l'extension. On voit la description de cette machine ingénieuse à la planche 68, figure 1.re de l'Atlas qui fait suite à l'Orthomorphie de Delpech.

La figure 2 de la même planche représente une

autre machine destinée à redresser progressivement un genou coudé à la suite de l'affection de cette jointure connue sous le nom de tumeur blanche. Elle a la plus grande analogie de forme et d'action avec la machine qui nous a si bien réussi dans un cas analogue et dont nous avons parlé précédemment. Enfin, toutes les figures de la planche 68 en général ont trait à des déviations du genou dans des directions différentes.

On trouve dans l'ouvrage de M. Jalade Lafont, sur les Difformités, planche XIV, la figure d'un appareil employé à la guérison d'une raideur avec flexion du genou sur un individu adulte. Le sujet est assis dans un fauteuil, le siége arrêté d'une manière solide, le genou fixé par une courroie rembourrée qui en embrasse la partie supérieure, et le pied placé sur un support mobile. Le malade met lui-même en mouvement, à l'aide d'une manivelle qu'il tient de la main droite, une machine à oscillations qui élève et laisse abaisser alternativement le marche-pied, par conséquent le pied qui repose dessus. L'effet se propage jusqu'au jarret et tend sans cesse à ouvrir l'angle formé par l'articulation du genou.

On voit, à l'Observation 1.re sur les Difformités des extrémités et dans la description des appareils employés à la guérison de ces mêmes difformités, par quels moyens nous sommes venus à bout de

redresser les flexions les plus fortes de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le bassin. Chez M.lle Cl. M. de Lyon (p. 292), la contracture était telle que le talon n'était éloigné de la fesse que de quelques pouces : chez M.lle C. T., la cuisse et la jambe appliquées l'une contre l'autre dans toute leur longueur ne formaient qu'une seule masse ; le pied aplati et appliqué contre la fesse y avait marqué son empreinte. Cependant des moyens doux et gradués vinrent à bout en quelques jours de ce que d'autres machines n'auraient pu produire en plusieurs mois, peut-être même jamais. C'est en méditant ces observations, curieuses sous plus d'un rapport, que l'on se pénétrera de tout ce que la mécanique employée contre les rétractions musculaires peut présenter de ressources. Les difformités qui résultent de ces rétractions sont variées à l'infini, en sorte qu'on ne peut établir par avance des appareils d'un usage général. Les dispositions propres au sujet amènent encore dans le traitement des indications particulières et des modifications qui méritent toute l'attention du praticien ; mais on parviendra presque toujours à d'heureux résultats, sans faire courir le moindre danger au malade, si l'on ne perd pas de vue dans l'emploi des moyens mis en jeu ces règles fondamentales de toute pratique orthopédique, douceur et intensité d'action progressive dans les appareils.

Le traitement des genoux arqués en dedans ou en dehors exige des appareils analogues dans leur forme et leur action à ceux dont on fait usage pour le redressement des os longs des extrémités atteints d'incurvation, et dont nous avons parlé pages 82 et suiv. Les précautions essentielles à observer dans leur application sont de gêner le moins possible la circulation et l'action musculaire. On trouvera plus loin la description et les planches des machines que nous nous proposons d'adopter contre cette difformité que nous n'avons pas encore eu l'occasion de traiter.

d Il n'est peut-être pas de vice de conformation sur le traitement duquel il existe autant d'incertitude, autant d'opinions contradictoires, que les déviations de l'articulation du pied et de la jambe désignées sous le nom de *pieds-bots*. Pendant long-temps la guérison de cette difformité, comme de presque toutes celles des extrémités inférieures, a été l'apanage d'une certaine classe d'hommes qui enveloppaient leurs procédés d'un mystère impénétrable; mais depuis un demi-siècle environ, les chirurgiens les plus illustres ont cessé de regarder comme indigne de leur attention une infirmité qui suffit pour empoisonner l'existence et détruire quelquefois tout notre avenir. Cependant, chose remarquable, leurs efforts sont bien loin d'avoir produit les fruits qu'on était en droit

d'en attendre. Chacun de ces hommes distingués, croyant trouver des lacunes ou des inconvéniens dans les procédés employés par ses devanciers, a substitué à leurs appareils des appareils de son invention, et, néanmoins, encore aujourd'hui, il n'est pas de machine qui ait obtenu la préférence sur une autre pour le traitement du pied-bot. Toutes ont guéri, toutes ont été employées sans succès, résultats dont on cessera d'être étonné si on se reporte aux pages précédentes, où, donnant l'histoire de la maladie dont il s'agit, nous avons annoncé que la disposition des parties était susceptible d'une infinité de variétés, et que, de cette disposition, dépendait le succès du traitement.

Si, en effet, au lieu du simple déplacement des os qui existe seul dans la plupart des cas, une mollesse particulière de ces organes en a déterminé la déformation de très bonne heure, s'il existe une contracture ou une prédominance extraordinaire de certains muscles, une rigidité extrême de quelques faisceaux ligamenteux ou aponévrotiques, on trouvera, même chez de jeunes sujets, des obstacles à la guérison tels qu'on ne les rencontre ordinairement que chez des adultes et passé l'âge de vingt ans. On voit donc que dans le pied-bot, comme dans les déviations vertébrales, les luxations coxo-fémorales anciennes et beaucoup d'autres difformités encore qui intéressent le sys-

tème osseux, on ne peut de prime-abord établir un pronostic bien positif sur la durée du traitement, ni même sur l'issue qu'il aura. Il faut essayer avec circonspection et ménagement, sans trop promettre : les résultats de ces premières tentatives éclairent pour l'ordinaire le pronostic dans les cas qui s'étaient montrés douteux dès le commencement. Essayons, toutefois, après avoir donné l'éveil sur les exceptions qui sont nombreuses, d'établir quelques règles relativement aux moyens de reconnaître la curabilité ou l'incurabilité des pieds-bots et d'avoir des données sur la durée approximative du traitement. Nous en viendrons ensuite aux moyens qui ont obtenu le plus de succès contre cette infirmité.

Hippocrate regardait comme curables (1) la plupart des pieds-bots de naissance qui ne présentaient pas un grand déplacement des parties ou chez lesquels le développement des organes en général était complet. Après avoir, à l'aide de manipulations fort douces, ramené le pied à sa forme naturelle, il empêchait tout déplacement ultérieur par l'application d'un bandage particulier.

On voit que cette manière plus qu'aphoristique

(1) Quicumque à nativitate mutili sunt, plerique ex iis curabiles sunt, si non valdè magna emotio facta fuerit, aut etiam præauctis jam pueris contigerit. *Libri de Articulis, sectio VI.*

d'exprimer une opinion sur la curabilité du pied-bot est bien loin d'être suffisante, puisqu'elle ne dit rien du degré de déplacement auquel la maladie cesse d'être susceptible de guérison. Appuyés de l'autorité d'un grand nom (1) et de ce que nous avons pu observer dans notre pratique, nous croyons pouvoir établir :

1.° Que tout pied-bot congénital qui se replace avec plus ou moins de facilité par le seul secours de la main, et qui n'est point accompagné d'une flaccidité ou d'une atonie extrêmes des masses musculaires, est curable en très peu de temps, en six semaines ou deux mois, par exemple, et d'une manière radicale et complète, si l'appareil est appliqué dans les jours qui suivent la naissance;

2.° Qu'il y a tout avantage à commencer le traitement aussitôt qu'on le peut, parce que le retard qu'on apporte augmente d'autant les difficultés; qu'en différant, on donne aux os du pied le temps de se déformer à mesure que le développement de l'individu se fait; qu'en même temps les muscles, les ligamens, les aponévroses deviennent trop courts relativement aux parties solides dont les dimensions augmentent avec l'âge : c'est ainsi qu'on peut expliquer cette brièveté de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille, qui a été signalée comme la cause déterminante du

(1) Voir la note de la page 369 de ce volume.

pied-bot, quand elle n'en est, à notre avis, que le résultat, lorsqu'on n'y a pas porté remède de bonne heure; résultat d'ailleurs très fâcheux, puisqu'après avoir déterminé la maladie il devient quelquefois un obstacle invincible à la guérison;

3.° Que l'on doit regarder comme décidément incurable un pied-bot congénital ou accidentel qu'il est impossible de ramener par des tractions réitérées et souvent renouvelées, ou bien qui, redressé par l'application d'un appareil maintenu en place pendant plusieurs mois, se reproduit aussitôt que cet appareil est enlevé, et aussi complet qu'il l'était auparavant: c'est ce qui arrive ordinairement aux déformations anciennes des pieds qui se sont maintenus pendant le développement des parties dures dans une position vicieuse.

Il ne faut pas cependant se hâter de déclarer absolument incurables les déviations du pied, congénitales ou non, qui ne seraient pas tout d'abord susceptibles d'être ramenées à l'état normal. Il est arrivé quelquefois que des extensions soutenues, que des pressions répétées avec les mains et portées de plus en plus loin ont fini par triompher de résistances que des tissus contractés ou durcis avaient opposées, dans le principe, d'une manière désespérante. Ces résistances une fois vaincues, des appareils ont été appliqués

et ont réussi aussi bien que dans des cas très simples.

Quant à l'époque jusqu'à laquelle on peut espérer de guérir le pied-bot congénital, elle est moins déterminée par le nombre des années que par l'état des parties. Bien qu'il ne soit pas ordinaire de réussir passé l'âge de vingt ans, on a cependant des exemples du contraire, et à cet égard, l'état du pied, la facilité plus ou moins grande avec laquelle il se replace, la tendance plus ou moins forte qu'il a à se déformer, malgré l'action des appareils, établissent de très grandes variations. Venel, dit-on, n'entreprenait pas le traitement du pied-bot inné passé l'âge de sept ans; d'autres cependant déclarent en avoir guéri, qui dataient de douze ans, en cinq mois de temps. Quoi qu'il en soit, plus on s'éloigne de l'époque de la naissance et plus le traitement est long, difficile, incertain; plus les rechûtes sont à craindre, si on ne fait continuer pendant des mois et souvent des années l'emploi des moyens qui ont réussi à replacer les parties dans leur position naturelle.

Le pied-bot accidentel ne présente pas en général les mêmes difficultés que le congénital, si on ne lui laisse pas le temps de produire de grands désordres. Il est susceptible de guérison (les parties ayant conservé leur intégrité physique ou vitale)

à tous les âges, et généralement dans un espace de temps plus court que l'autre.

L'opportunité du traitement une fois reconnue, il reste à faire choix de l'appareil qui convient le plus au cas qui se présente à traiter; et c'est, à n'en pas douter, pour avoir voulu employer la même machine pour tous, que chacune de celles qui ont été inventées a eu tour-à-tour ses succès et ses revers. Bien plus, si on se rappelle le mécanisme qui préside à la formation du pied-bot, on reconnaîtra qu'il existe diverses indications à remplir, qui, toutes, peuvent exiger divers appareils ou des applications successives de la même machine avec des modifications dans les parties qui la constituent. Ainsi, l'enroulement du pied sur lui-même ne peut être combattu de la même manière que la déviation de cette partie, soit en dedans, soit en dehors ou en bas, à son articulation avec les os de la jambe. Le premier de ces phénomènes présente généralement de grandes difficultés à vaincre, tandis que l'on vient plus facilement à bout de faire disparaître l'autre, quand on n'éprouve point de résistance extraordinaire de la part du tendon d'Achille.

Le pied-bot congénital et récent est ordinairement, ainsi que nous l'avons vu, très facile à guérir. Un appareil assez simple peut suffire dans certains cas. Après que l'on a rétabli avec la main la forme

régulière du pied, on réussit quelquefois à le maintenir en position à l'aide de tours de bande dirigés de manière à le renverser en dehors si la déviation était en dedans, et *vice versâ*. Quelques compresses de linge très doux, une bande longue et étroite, quelquefois une semelle de cuir doux et flexible, composent les diverses pièces de ce bandage dont Hippocrate faisait usage, et dont il a donné une idée générale plutôt qu'une description. Le pansement du pied terminé, il attachait l'extrémité d'une des bandes qui lui avaient servi à le faire, à une autre bande qu'il appliquait autour de la jambe, après avoir fortement attiré le pied dans une direction opposée à celle dans laquelle il était déjeté.

Si on se sert de cet appareil ou de tout autre analogue, il convient de le lever souvent pour obvier au danger d'une compression prolongée sur des organes aussi tendres et aussi délicats, et pour remédier au déplacement qui tend incessamment à se reproduire dans l'intervalle de chaque application du bandage. En même temps, on renouvelle les manipulations dont nous avons parlé, c'est-à-dire, que l'on ramène le pied dans chacune de ses parties et dans son ensemble à sa position naturelle, et même un peu au-delà, dans un sens opposé à celui de la déviation (1). De telles ma-

(1) Un médecin de la Nouvelle-Angleterre a réussi à guérir plusieurs

nœuvres, répétées le plus souvent possible, assouplissent les tissus, les alongent, rétablissent les muscles dans l'équilibre qui leur convient, et préparent le succès des machines et des appareils si l'on se trouve dans la nécessité d'y avoir recours. Il est même des praticiens qui comptent plus sur ces manipulations réitérées avec une persévérance opiniâtre que sur les moyens mécaniques les plus efficaces pour triompher de certains enroulemens rebelles du pied, et amener cette partie à une forme telle qu'on puisse passer aux appareils de la seconde série, c'est-à-dire, à ceux qui doivent étendre le tendon d'Achille et opérer la flexion du tarse sur la jambe.

Lorsque le pied-bot, quel que soit l'âge du sujet qui en est affecté, résiste aux moyens simples dont nous venons de parler, ce qui se reconnaît sans peine dès le commencement par l'étendue du déplacement opéré entre chaque pansement, il faut avoir recours alors à l'un des nombreux appareils inventés pour la guérison de cette maladie. Nous nous bornerons ici à décrire les machines de Venel, de Scarpa, de Delpech et celles de M. Boyer et de M. Delacroix, comme ayant acquis le plus de

pieds-bots de naissance, en fixant l'un contre l'autre les deux pieds de l'enfant sur une planche ou un plateau percé de plusieurs mortaises. Une bande et quelques compresses de toile fine et résistante lui suffisaient pour l'application de cet appareil qu'il avait soin de lever assez souvent pour empêcher les inconvéniens de la compression.

célébrité et étant d'un usage plus fréquent dans la pratique. On trouvera aussi dans la description de nos appareils (voir la dernière observation des difformités sur les extrémités et les planches de cet ouvrage) celle d'une machine qui nous a réussi à merveille dans le traitement d'un pied-bot de naissance des deux côtés.

MACHINE DE VENEL (1).

Elle se compose d'une semelle de bois de forme quadrangulaire et de la longueur du pied, laquelle forme la pièce principale de l'appareil. Cette semelle est montée inférieurement sur deux rebords saillans dont la hauteur diminue d'avant en arrière : le côté externe est surmonté postérieurement d'une équerre demi-circulaire en fer revêtue d'un coussinet en dedans, et armée en dehors d'un bouton où viennent se fixer les courroies qui partent du bord interne. On voit aussi à la face externe de cette équerre une douille dans laquelle est placée une tige de fer, et dont l'extrémité supérieure est fixée aux environs du genou par une jarretière. L'extrémité supérieure de la se-

(1) Venel remit le 11 novembre 1785 la description des moyens mécaniques dont il faisait usage à la Société des Sciences de Lausane. Voyez Histoire et Mémoire des Sciences physiques de Lausane. T. 2. 1788.

Voir nos planches pour les détails de cette machine.

melle présente une pièce de cuir, dont la partie inférieure échancrée en devant et ouverte en arrière, forme une talonnière dont la partie supérieure se continue en brodequin ou demi-bottine garnie d'un lacet : sous la partie antérieure de la semelle est un bouton de fer où se fixe une petite courroie dont l'autre extrémité peut se rendre au bas ou à la chaussure du malade.

Pour appliquer cet appareil, on doit commencer par faire placer le pied sur la semelle et l'y tenir bien appliqué : à cet effet, on engage le talon dans la talonnière, on lace la bottine et on fixe le pied par la courroie transversale. De cette manière le pied assujetti sur la semelle, appuyé en dehors contre l'équerre matelassée, ne fait plus avec la jambe, au moyen de la tige qui se fixe au dessous du genou par une courroie, qu'un seul et même tout, et le malade, marchant à l'aise avec cette machine, hâte les progrès du traitement, puisque chaque pas qu'il fait porte le poids du corps sur le pied déformé et tend de plus en plus à le redresser.

La machine de M. Jacard paraît n'être autre chose que celle de Venel, son oncle, auquel il avait succédé dans la direction de l'établissement orthopédique d'Orbe en Suisse. On peut en dire autant de celle de M. d'Ivernois, autre parent de Venel, qui a fondé à Paris un établissement des-

tiné spécialement aux difformités des extrémités inférieures. Cette machine dont il a été question dans un rapport fait le 27 février 1819, à l'Athénée de Médecine de Paris, sur des observations de pieds-bots guéris par M. d'Ivernois, se distingue par quelques légères modifications. On en trouve la description dans une brochure publiée par cet orthopédiste, il y a une quinzaine d'années (1), ainsi que celle d'une mécanique destinée à abaisser le talon et à suppléer à l'action des extenseurs du pied.

MACHINE DE SCARPA (2).

Elle se compose de deux parties dont l'une convient pour la première période du traitement dans laquelle on se propose de redresser le pied et de le ramener à sa direction normale.

La jambe tout entière et le pied ayant été enveloppés d'un bas de peau très flexible, une lame d'acier élastique et mince, garnie d'un coussinet en dedans, embrasse en se recourbant, toute la convexité du bord externe du pied, en se prolongeant sur les faces supérieure et inférieure. Une

(1) Essai sur la Torsion des pieds et sur le meilleur moyen de la guérir. Paris, 1817. Par L. D. d'Ivernois.

(2) Voir la description de cette machine dans le *Mémoire sur la Torsion congénitale des pieds des enfans et sur la manière de corriger cette difformité*. Traduit par Léveillé; in-8.° Paris, 1804. Voir aussi nos planches 1 et 2 représentant la machine de Scarpa.

autre lame, étendue du sommet du petit orteil à la partie postérieure du talon, est adaptée à la partie externe de la première par le moyen d'une coulisse et d'une vis de pression; son extrémité postérieure porte une courroie divisée en deux chefs que l'on dirige derrière le calcanéum, au dessous de la malléole interne, sur la face dorsale du pied pour comprimer la saillie du scaphoïde, et que l'on arrête à deux clous fixés sur la lame qui entoure le pied. L'extrémité antérieure de la seconde lame, c'est-à-dire, de celle qui répond au bout du pied, porte une courroie rembourrée qui, entourant l'extrémité de cette partie, au niveau des extrémités antérieures des métatarsiens, tend à en ramener la partie la plus antérieure (du pied) en dehors.

Scarpa recommandait de conserver cet appareil le jour et la nuit, et surtout de le porter pendant la marche qui favorisait son action et accélérait les effets du traitement. Deux ou trois mois suffisaient selon lui pour replacer le pied dans sa direction normale, lorsque l'on veillait à ce que les pièces de l'appareil fussent appliquées exactement et remplacées en temps et lieu, la force des ressorts pouvant s'user en peu de temps.

La direction du pied étant rétablie, au bout de deux mois et demi de traitement pour l'ordinaire, il restait à rectifier la position du calcanéum qui

était tiré en haut par le tendon d'Achille. Une machine beaucoup plus compliquée que la première était employée à cet effet par le professeur italien. Les pièces qui la composent sont :

1.° Une plaque de fer battu, de forme parabolique, rembourrée en dedans, destinée à recevoir le talon

2.° Une semelle molle, adaptée à la plaque parabolique, plissée sur ses bords, susceptible d'être froncée à l'aide d'un cordon pour que le pied y soit mieux assujetti;

3.° Une courroie rembourrée, attachée à l'angle supérieur antérieur du côté interne de la lame parabolique, percée de plusieurs trous à son autre extrémité pour s'attacher à un bouton que porte la face externe de cette même lame;

4.° Un ressort non tendu qui passe dans une coulisse placée à la face externe et postérieure de la plaque parabolique, se termine en arrière par une courroie arrêtée à un bouton que présente le côté interne de cette lame, et offre, à son extrémité antérieure, un bouton où vient se fixer une courroie rembourrée attachée au bord interne de la semelle;

5.° Un ressort non tendu, destiné à être placé tout le long de la jambe, à son côté externe, fixé inférieurement par une cheville libre dans une mortaise de la lame parabolique, maintenu en

haut par une coulisse dans laquelle passe une courroie rembourrée, laquelle, après avoir fait le tour de la jambe au-dessous du genou, se termine par deux lanières qui s'attachent à deux boutons fixés à l'autre extrémité de la même courroie à laquelle une lame de cuivre donne de la solidité ;

6.° Une courroie rembourrée, montée sur une plaque carrée de cuivre, terminée comme la courroie du genou, d'un bout par deux lanières ou divisions, de l'autre par deux boutons qui entrent dans les trous de ces lanières. A sa partie externe est une coulisse dans laquelle passe et est fixé le ressort d'acier.

L'application de l'appareil se fait de la manière suivante : le pied étant placé et assujetti sur la semelle dont on fronce le contour à l'aide du cordon destiné à cet effet, on attache la courroie qui part de l'angle interne et supérieur de la lame parabolique au bouton visible en dehors de cette même lame, et de la sorte, le tarse se trouve assujetti. Ensuite, on tend le ressort de la partie inférieure et externe du pied, en y attachant la courroie qui part du bord interne de la semelle, et le pied se trouve tiré en dehors dans sa partie antérieure. Il ne reste plus qu'à attacher les courroies circulaires supérieure et inférieure du ressort vertical, pour le tendre et porter en dehors le pied tout

entier dont les diverses parties étaient déversées en dedans et enroulées sur elles-mêmes.

MACHINE DE DELPECH (1).

La machine de Delpech, ou plutôt les appareils dont cet habile chirurgien faisait usage varient selon la nature et l'espèce de la maladie.

Pour le cas où le déversement, soit en dedans, soit en dehors, n'est pas extrême, et où l'on peut replacer, à peu de chose près, le pied dans une position horizontale, les pièces sont :

1.° Un bas lacé, en peau de chevreau, auquel sont cousues deux courroies, l'une sur le point, qui répond immédiatement en arrière de l'extrémité antérieure du premier os métatarsien, l'autre obliquement sur un côté du talon : ces deux courroies se terminent par des cordons en soie ;

2.° Un brodequin lacé en devant, ouvert jusqu'au bout du pied ;

3.° Une pièce d'acier, pliée à angle droit, appelée *étrier*, parce qu'elle doit être placée vis-à-vis le milieu de la région plantaire : la partie horizontale de cette pièce doit être logée transversalement entre les deux semelles de la chaus-

(1) voir les planches de notre ouvrage, et les pages 331 et suiv. du tome 2 de l'Orthomorphie de Delpech, de laquelle cette description est extraite littéralement.

sure, et assujettie sous la semelle volante par deux clous à vis;

4.° Une boîte qui se fixe sur l'extrémité inférieure de la partie verticale de l'étrier : cette boîte renferme deux rames, l'une extérieure, l'autre postérieure, qui servent à fixer, par deux boutons, les cordons qui font suite aux courroies du bas lacé : ces deux rames tiennent dans l'intérieur de la boîte à un dé traversé par deux vis sans fin, lesquelles se croisent à angle droit, et qui servent, au moyen d'une clef, à varier, dans tous les sens possibles, la position des deux rames;

5.° Une douille mobile, qui se fixe à l'extrémité supérieure de la partie verticale de l'étrier; cette douille peut être plus ou moins inclinée en devant, et fixée de la sorte par la vis d'un registre; elle reçoit l'extrémité inférieure d'un barreau d'acier qui doit être ramené et assujetti sur un côté de la jambe par deux jarretières.

On commence par placer le bas lacé dont l'utilité est d'éviter toute compression inégale, tout engorgement et toute ulcération : on passe par deux boutonnières corespondantes le cordon des courroies antérieures et postérieures que l'on fixe aux rames; on lace le pied du brodequin ; on fait jouer les rames de la boîte, dont le but est de redresser l'enroulement du pied ; on place le barreau dans la douille; on le rapproche de la jambe, de ma-

nière à ramener, autant qu'il se peut, le pied dans l'axe de la jambe ; on règle, au moyen de son registre, l'inclinaison de la douille, afin que le travail du barreau ne soit pas excessif, et que le redressement du pied ne passe pas les bornes du possible ; on lace le haut du brodequin, et l'on arrête le barreau par ses deux jarretières. La semelle de la chaussure étant un peu forte, lorsque le malade marche, ce qui peut lui être permis alors sur un plan horizontal, et non pas sur les surfaces inégales d'un pavé, le sol lui-même aide au redressement du pied.

Dans les cas de déversement extrême où on ne peut assez ramener le pied pour rapprocher notablement la surface plantaire de l'horizon ; dans ceux où l'enroulement du pied a été porté au point que les orteils et le métatarse sont couchés d'avant en arrière sous la plante du pied, il est indispensable de commencer par dérouler le pied avant de songer à le redresser, c'est-à-dire, de le replacer dans l'axe de la jambe. Les appareils qui conviennent pour arriver à ce résultat, sont :

1.° Une gouttière matelassée, propre à recevoir commodément tout le membre pelvien, et l'y assujettir dans la position convenable par des courroies à boucle ;

2.° Un barillet à cliquet contenant un ressort spiral : cet instrument porté sur une bielle, peut

être fixé à volonté sur le point le plus avantageux de l'extrémité de la gouttière. Des courroies se fixent par une couture sur un point quelconque du bas lacé de peau de chevreau, et se rattachent au barillet. Alors, une clef donne au ressort la tension que l'on juge convenable. Le pied ramené par ce moyen au point où l'on puisse employer l'appareil décrit le premier, on doit appliquer celui-ci, afin de permettre les mouvemens absolument impraticables avec l'autre.

MACHINE DE M. BOYER.

Nous transcrirons la description qu'en donne ce savant professeur, tome IV, pages 613 et suivantes de son Traité des Maladies Chirurgicales.

Cette machine consiste en un soulier, au talon duquel est fixée latéralement une lame de fer qui présente deux parties, l'une horizontale et l'autre verticale : la première s'engage entre les deux pièces de cuir dont le talon est composé, et leur est unie au moyen d'un clou rivé ; la dernière ne s'élève pas à plus de dix-huit ou vingt lignes au dessus de la semelle. Elle se termine par une extrémité arrondie, un peu plus large que le reste, et qui est percée d'un trou dans lequel s'engage une vis qui est rivée à l'extrémité inférieure d'une autre lame d'acier dont nous allons parler ; cette vis reçoit un écrou au moyen duquel on peut fixer

cette lame et la rendre immobile, après lui avoir donné une direction verticale. La lame dont il s'agit, large d'environ un pouce, et assez longue pour monter jusqu'au-dessus du mollet, doit avoir une élasticité proportionnée à la force qu'on veut employer pour ramener le pied vers sa position naturelle : elle est recouverte de velours ou de toute autre substance analogue. La semelle du soulier est formée de deux pièces, l'une postérieure, l'autre antérieure. La première, qui forme le talon du soulier, en soutient le quartier; la seconde est la semelle proprement dite, c'est elle qui soutient l'empeigne, laquelle n'a aucune union avec le quartier, et doit être composée, ainsi que ce dernier, de peau de veau épaisse, solide et doublée en peau de mouton. Le bord postérieur de cette pièce est concave, pour recevoir le bord antérieur de la pièce postérieure qui est convexe. Chacune de ces deux pièces est formée de deux cuirs placés l'un sur l'autre. Elles sont unies entre elles de la manière suivante : une lame de fer, d'une largeur presque égale à celle de la pièce postérieure, est placée dans l'épaisseur de cette pièce, entre les deux cuirs dont elle est composée et avec lesquels elle est unie par des clous rivés; la partie moyenne et antérieure de cette lame est traversée par une vis qui la dépasse inférieurement d'environ deux lignes, et qui est rivée supérieure-

ment; cette vis correspond au centre d'une ouverture circulaire pratiquée dans le cuir inférieur, et qui a environ huit lignes de diamètre; c'est dans cette ouverture que se loge l'écrou dont nous parlerons bientôt. Une autre lame de fer, large d'environ un pouce, après avoir régné dans presque toute la longueur de la pièce antérieure de la semelle, entre les deux cuirs dont elle est composée, et auxquels elle est unie par des clous rivés, la dépasse assez en arrière pour s'étendre jusqu'à la vis dont la lame postérieure est garnie. Cette partie excédante de la lame antérieure s'engage entre les deux cuirs qui composent la pièce postérieure de la semelle, et elle se termine par une extrémité arrondie dont le centre est percé d'une ouverture qui reçoit la vis et qui est assez large pour permettre à cette lame de se mouvoir librement autour de cette vis. Un écrou rond, entaillé sur les côtés pour recevoir les deux parties d'un tournevis bifurqué, s'adapte à cette même vis, et sert à rendre la partie antérieure du soulier immobile, lorsqu'on lui a donné la direction qu'on juge convenable de faire garder au pied. L'empeigne est fendue dans toute sa longueur : les deux bords de cette fente sont percés de trous destinés à recevoir un lacet, au moyen duquel on les rapproche quand le pied est placé dans le soulier. Cette machine est maintenue au moyen de deux

courroies seulement : l'une de cuir, fixée à un des angles du quartier, embrasse le coude-pied, et se serre au moyen d'une boucle fixée à l'autre angle du quartier; l'autre, beaucoup plus large, est composée d'un morceau de lisière recouverte de velours; elle est attachée au sommet de la lame élastique, et embrasse la partie supérieure de la jambe comme une jarretière : on la serre au moyen d'une boucle fixée à l'une de ses extrémités.

On conçoit facilement la manière d'appliquer cette machine, et la double indication qu'elle remplit de ramener la plante du pied à une direction horizontale et la pointe à sa situation convenable : on peut, pendant le cours du traitement, remplacer la lame élastique par d'autres lames successivement plus résistantes, et varier aussi la direction de la pièce mobile de la semelle, pour parvenir par degrés et sans violence au but que l'on se propose.

BOTTINE DE M. DELACROIX (1).

Elle se compose d'un brodequin découpé à sa partie antérieure et à sa partie postérieure au niveau des malléoles, pour laisser au pied toute la liberté de ses mouvemens de flexion et d'extension. Au niveau des malléoles et de la partie latérale de la face supérieure du pied, la bottine est ren-

(1) Extrait du Dict. des Sciences médicales, tome 38, p. 353.

forcée par un cuir très solide qui est destiné à résister à la tendance qu'a le pied au déplacement. Dans la semelle du brodequin est assemblée une lame d'acier plus flexible en avant qu'en arrière, et qui ne s'oppose en rien aux mouvemens des diverses parties du pied les unes sur les autres pendant la marche. Sur la lame d'acier est fixé un étrier, dont les branches solides et larges d'un pouce s'étendent jusqu'au-dessous des malléoles. L'extrémité de cet étrier porte de chaque côté, au moyen d'une charnière, la partie inférieure d'un tuteur qui s'étend jusqu'au-dessous du genou où il est fixé par une courroie. Le pied est introduit dans la bottine, avec la précaution de donner à celle-ci la direction de la face plantaire; de l'autre, on lace le brodequin, et le pied, solidement embrassé par lui, reprend sa forme naturelle. Il s'agit alors de fixer les tuteurs; mais il serait impossible de le faire, et de ramener tout d'un coup le pied à sa rectitude relativement à la jambe, sans causer au malade des douleurs intolérables : l'articulation de la partie inférieure des tuteurs avec l'étrier a pour objet de prévenir cet inconvénient. En effet, au moyen d'une vis de rappel que l'on peut relâcher à volonté à la partie externe, et d'une coulisse et d'une vis de pression du côté interne, il est facile de donner à la bottine une direction plus ou moins oblique sur les tuteurs

et de la ramener graduellement à la position que doit avoir le pied.

Ce n'est pas tout encore, la déviation des pieds en dedans est ordinairement accompagnée de l'abaissement de leur partie antérieure. Il fallait donc adapter à la machine un mécanisme qui permît de remplir l'indication qui se présentait de relever cette partie. On y est parvenu en brisant le tuteur au niveau de la malléole et en unissant les deux parties au moyen d'un nœud de compas, qui permet d'étendre et de fléchir le pied à volonté. Un ressort élastique fixé sur le fragment supérieur du tuteur porte une chaîne qui, en se roulant sur une poulie fixée au fragment inférieur, imprime à ce fragment et par suite à l'étrier auquel il est fixé, un mouvement dont le résultat est de relever la pointe du pied, et d'abaisser, de détacher le talon de la partie postérieure de la jambe. Une vis de rappel, placée à la base du ressort, sert à en modérer ou à en augmenter l'action. Si l'on voulait enfin relever le talon et élever la plante du pied, comme on en trouve l'indication dans la variété des pieds-bots appelés *equini*, il n'y aurait qu'à changer la direction selon laquelle la chaîne se contourne sur la poulie.

Il résulte de tout ce qu'on vient de voir relativement au traitement du pied-bot, que,

1.° Cette maladie, congénitale ou accidentelle,

récente ou datant de plusieurs années, est généralement susceptible de guérison, quand le pied peut être ramené à sa position normale, soit dès la première tentative, soit à la suite de manipulations réitérées, les premières n'ayant produit aucun effet : il faut, en outre, que les muscles aient encore conservé assez de propriétés contractiles pour que leur ressort revienne et affermisse les parties replacées. On reconnaît qu'il en est ainsi quand ces mêmes parties ont perdu, après quelques semaines de traitement, leur disposition à se dévier ou du moins que cette disposition va toujours en s'affaiblissant.

2.° Le pied-bot est incurable quand on ne peut ramener le pied à sa position naturelle, quels que soient les moyens mis en usage. Alors, il existe une déformation des os du pied dans leur corps même ou dans leurs surfaces respectives, un raccourcissement des organes musculaires, tendineux ou aponévrotiques, relativement aux os qui ont pris du développement, tandis que celui des parties molles s'était arrêté.

3.° Par une conséquence des faits précédens, le traitement est d'autant plus facile et plus sûrement radical que la maladie sera plus récente. Sa durée variera selon que le sujet se présentera dans les conditions favorables ou défavorables que nous avons signalées. En admettant l'existence des

premières, six semaines, deux mois suffiront pour obtenir une guérison complète et telle que le malade ne se ressentira jamais de son ancienne infirmité. Si, au contraire, il s'était trouvé dans des circonstances défavorables, une année entière ne sera quelquefois pas assez pour amener une cure incomplète. La forme du pied restera plus ou moins vicieuse, et il peut subsister une tendance de l'affection à se reproduire, qui nécessite l'application pendant toute la vie d'appareils préservateurs d'une rechute.

4.° Il n'est point d'appareil unique et spécial pour le pied-bot. Bien que les formes de cette affection puissent être rapportées à certains chefs principaux qui en ont fait reconnaître trois espèces différentes, il existe une infinité de nuances intermédiaires, relatives aux apparences extérieures et aux dispositions anatomiques. Chaque cas peut donc exiger des modifications dans la structure des appareils, lesquels peuvent eux-mêmes avoir besoin de quelques changemens dans le cours d'un seul et même traitement.

La description que nous avons donnée des machines les plus usitées dans le traitement du pied-bot a pour but, non seulement de faire connaître ce qui a été inventé et a obtenu le plus de succès contre cette maladie, mais aussi de développer chez les praticiens qui s'en serviraient, des idées

propres à en faire imaginer de nouvelles accommodées à des cas nouveaux. En étudiant avec soin leur structure et leur mode d'action dans les ouvrages où elles se trouvent décrites avec planches, et en comparant cette action avec les résistances qu'elles ont à combattre, on ne peut manquer d'en retirer de grands avantages.

Dans les cas de résistance considérable dépendante de la raideur ou de l'endurcissement des parties molles, il faudra, comme dans les fausses ankyloses et les rétractions musculaires en général, avoir recours aux topiques relâchans, aux douches émollientes, moyens très efficaces et auxiliaires très puissans de l'orthopédie mécanique.

Il nous reste à parler d'une opération pratiquée avec succès par Delpech pour un cas de pied-bot avec raccourcissement si considérable du tendon d'Achille, que l'emploi de tout moyen mécanique avait échoué complètement dans les tentatives faites pour y remédier. Dans cette circonstance, le professeur de Montpellier se décida à couper le tendon à l'aide d'un bistouri dont il fit marcher la lame sous les tégumens, de manière à prévenir une exfoliation (Orthomorphie, tome 2, pages 329 et suivantes). La réussite de cette opération hasardeuse encouragea son auteur à l'ériger en principe de pratique, après avoir établi des règles sur son mode d'exécution. Ces règles consistent,

1°. A diviser le tendon par un détour, ainsi que nous l'avons dit, pour éviter le danger d'une exfoliation; 2.° à mettre immédiatement après la section les bouts en contact, et à les maintenir en cet état par un appareil convenable pendant le temps nécessaire à leur réunion; 3.° à étendre d'une manière graduée et ménagée la substance intermédiaire au moyen de laquelle la réunion a lieu, avant la solidification complète, et à obtenir ainsi ce qui manque de longueur aux muscles raccourcis; 4.° cette extension étant opérée, à fixer invariablement les parties dans la position où elles se trouvent alors, et à les y maintenir jusqu'à ce que la substance nouvelle ait acquis la solidité dont elle est susceptible.

La section du tendon d'Achille dans le cas de pied-bot irréductible par rétraction de ce tendon a été l'objet de vives controverses. Accusée avec violence par les uns, elle a été excusée, admirée même par d'autres comme la faute d'un génie; mais personne, que nous sachions, ne l'a renouvelée, et c'est, à notre avis, le meilleur jugement que l'opinion en ait porté.

Quant à nous, nous sommes bien loin d'approuver une semblable pratique. Notre confiance dans l'emploi des moyens mécaniques appliqués convenablement aux rétractions musculaires, les effets étonnans qui en sont résultés sous nos yeux nous font

rejeter jusqu'à l'idée d'une semblable opération, et, jusqu'à ce que des faits bien avérés nous aient démontré le contraire, nous demeurerons convaincus que l'on peut obtenir, sans effusion de sang et sans douleur, tout l'alongement qu'il est raisonnablement permis d'espérer de la section du tendon d'Achille.

PREMIÈRE OBSERVATION.

RÉTRACTION MUSCULAIRE
DU MEMBRE ABDOMINAL GAUCHE,
DATANT DE HUIT MOIS,
GUÉRIE EN VINGT-QUATRE HEURES
A L'AIDE DE LA MÉCANIQUE.

Mademoiselle Clémentine Thomas, de Lahécourt, canton de Bar-le-Duc, département de la Meuse, âgée de onze ans, née de parens sains, d'une bonne constitution elle-même, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouva, au commencement de mars 1825, un refroidissement des pieds qui fut suivi d'un violent mal de tête. Les douleurs qui étaient continues devinrent intolérables ; il y avait fièvre, larmoiement, pulsations temporales, etc. On fit une application de douze ou quinze sangsues au front, application qui fut renouvelée plusieurs fois dans l'espace de trois mois que durèrent tous ces

symptômes. Aux saignées locales on associa les purgatifs dont le dernier fut administré vers la fin d'avril.

Le 25 mai, les douleurs de tête cessèrent subitement, et, le soir même, il se manifesta une douleur qui s'étendait du pied gauche au genou.

Le 26, impossibité de marcher sans l'aide d'une béquille.

Le 28, la jambe commençait à se fléchir sur la cuisse. Un médecin des environs, appelé ce jour là pour la première fois, conseilla des bains aromatiques qui n'empêchèrent ni les douleurs, ni la rétraction d'aller toujours en augmentant. Des cataplasmes émolliens appliqués sur le genou pendant une quinzaine, n'arrêtèrent pas davantage les progrès toujours croissans de la maladie.

Enfin, le 15 juin, vingt-unième jour de l'invasion de la douleur du pied, la jambe ne formait plus qu'une seule masse avec la cuisse. Du 23 au 28 la malade éprouva des convulsions qui se renouvelèrent plusieurs fois dans la journée et cessèrent spontanément.

Il serait difficile d'énumérer tous les moyens qui furent conseillés par divers médecins du pays, et mis à exécution avec une persévérance digne d'un meilleur succès : bains de toute espèce répétés deux ou trois fois dans la journée, frictions alcalines adoucissantes, linimens, pommades irritantes,

application de sangsues et de ventouses le long du rachis, tout fut employé et rien ne réussit. Vers la fin de novembre, les parens de la jeune personne, rebutés de tant de peines inutiles, nous amenèrent leur fille dans l'état suivant :

Rétraction complète de la jambe sur la cuisse gauche, de manière que ces deux parties de l'extrémité inférieure se trouvaient fortement appliquées l'une contre l'autre : torsion du pied correspondant telle, que le talon était collé contre la fesse gauche et la plante appliquée sur la partie inférieure des deux fesses dans une direction transversale. Les orteils étaient imprimés dans la fesse droite.

La situation de cette malheureuse enfant était bien faite pour exciter la compassion. Elle ne pouvait se tenir debout sans se fatiguer; assise, elle reposait sur son pied, et bientôt la douleur résultant de cette position l'obligeait à se lever; si elle ne restait pas debout lorsqu'elle voulait satisfaire aux besoins naturels, l'urine et les matières fécales lui salissaient le pied. Pour comble de malheur elle était sans fortune, et son infirmité lui ôtait les moyens de gagner sa vie. Son père nous supplia de la recevoir dans notre établissement, et de faire tout ce qui serait en notre pouvoir pour l'arracher à son affreuse position. Nous cédâmes sans peine à ses prières, et l'enfant

fut admise dans le commencement de décembre.

Aussitôt que la difformité eut été modelée, nous songeâmes à essayer l'emploi de la mécanique pour la faire disparaître, et le 9 décembre, à midi, on commença par glisser, non sans peine, une feuille de parchemin entre les fesses et le pied qui y était accolé; un quart d'heure après une seconde feuille fut également interposée, puis, dans l'intervalle qui la séparait de la seconde, on fit glisser un carton d'une demi-ligne d'épaisseur, qui fut suivi d'un second, d'un troisième, etc., jusqu'à ce que toutes ces feuilles m'eussent procuré assez d'écartement pour qu'on pût les remplacer par un cuir fort, long d'un pied, large de neuf pouces, percé aux quatre angles d'un trou de trois ou quatre lignes de diamètre, destiné à laisser passer quatre cordeaux égaux en dimensions. Arrêtés en dessous du cuir par des nœuds, ces cordeaux étaient libres en dessus dans toute leur longueur.

Les choses étant ainsi disposées, c'est-à-dire, le cuir placé en dessous des fesses entre celles-ci et le pied, nous fîmes soutenir les cordes par deux aides, et asseoir la malade sur cette plaque. Pour qu'elle pût rester dans cette position, on la plaça sur des béquilles à roulettes bien plus hautes que celles qui lui eussent convenu dans un cas ordinaire, et les quatre cordeaux du cuir furent atta-

tachés aux montans des béquilles. Assise de la sorte, la jeune personne se trouvait suspendue en l'air, le pied libre et abandonné aux lois de la pesanteur, en admettant l'absence de toute contraction musculaire.

Cette première opération dura une heure, et la malade n'en éprouva qu'une douleur très légère, vu la lenteur avec laquelle nous avions procédé. Il fallait continuer avec cette même lenteur, et fatiguer les muscles d'une manière insensible, graduée et progressive. Un second cuir fut passé au-dessous du premier, au moyen de l'écartement que la suspension m'avait fait obtenir, et à ce cuir, plus souple que l'autre, nous attachâmes une corde en forme d'anse, disposée de telle sorte que nous pouvions à volonté y fixer un petit verre de fer-blanc. Ce récipient ayant été placé, on y fit tomber de l'eau goutte à goutte, pendant que nous observions avec soin quels allaient être les résultats de l'opération.

La jeune fille ne ressentait aucune douleur et on voyait le talon s'éloigner insensiblement de la fesse. Pendant ce temps, nos mains occupées à faire des frictions sur la partie antérieure de la cuisse et à masser les muscles de sa région postérieure, éprouvaient un effet fort singulier que nous avons déjà signalé ailleurs en parlant de la réduction des luxations anciennes, et que nous attribuons à

l'extension des fibres long-tems contractées. L'opérateur ressent, dans les tissus soumis à l'action des machines, une espèce de craquement que je ne puis mieux comparer qu'au bruit du fil qui se détache des cocons de vers à soie lorsqu'on les dévide.

Quand nous eûmes obtenu un écartement d'un pouce environ, nous fîmes glisser dans cet espace un coussin cunéiforme; puis enlevant le vase de ferblanc pour laisser reposer les muscles pendant quelque temps, nous recommençâmes : cette manœuvre fut continuée jusqu'à cinq heures du soir. La malade étant alors fatiguée, nous la fîmes porter dans un lit mécanique disposé à cet effet où elle fut couchée sur le côté droit. Les bras y étaient fixés avec des brassières pour empêcher le tronc de redescendre et fournir une résistance solide aux tractions venant d'en bas; des sangles étaient attachées d'un bout à l'extrémité inférieure de la jambe rétractée, et de l'autre à l'un des montans du lit; enfin, une contre-sangle embrassait la cuisse pour donner plus d'action à la premièrė et soutenir le membre.

Il y avait alors douze pouces d'écartement de la fesse au talon. L'angle que formait la cuisse avec la jambe fut rempli par des coussins sur lesquels était appliquée une attelle qui s'étendait de la fesse au talon; le tout fut maintenu par des bandes pour s'opposer à la rétraction, et on ad-

ministra une potion calmante par prudence plutôt que par nécessité, car il n'y avait eu de vives douleurs que pendant un instant, encore avaient-elles été causées par la maladresse d'un aide.

Un succès aussi rapide, l'état excellent de la malade m'engagèrent à profiter des circonstances et à faire préparer tout ce qui était nécessaire pour brusquer la guérison. On travailla toute la nuit à la confection de nouveaux appareils, et ils étaient prêts le lendemain à sept heures du matin. Ils consistaient en cylindres, poulies et léviers tellement disposés que je pouvais à ma volonté suspendre, diminuer ou augmenter l'extension selon les indications qui se présenteraient.

L'emploi de tous ces moyens réussit à souhait, et, à midi un quart, le membre était ramené à son état naturel. Dans la crainte d'une nouvelle rétraction, on le maintint dans l'extension à l'aide d'attelles et de coussins : ces précautions furent continuées pendant une huitaine, puis on enleva les appareils peu à peu, et on finit par laisser la jambe entièrement libre. Huit jours après, la jeune Clémentine figura avec son père à un bal donné dans l'établissement, où elle resta encore trois mois pour nous mettre à même de nous assurer de la solidité de la guérison. Quand elle retourna dans sa famille, elle était dans le meilleur état possible, et ne ressentait aucune douleur.

Lorsqu'elle entra à Morley, elle présentait une légère déviation de la colonne vertébrale; mais quand elle nous quitta, il n'en restait plus aucune apparence : cette difformité s'était guérie spontanément.



DEUXIÈME OBSERVATION.

INFLAMMATION ET ABCÈS
DU GENOU DROIT,
OCCASIONNÉS ET ENTRETENUS PAR LA PRÉSENCE D'UNE ÉPINE ; FLEXION ET RAIDEUR DE CETTE ARTICULATION ; GUÉRISON AU BOUT DE DEUX ANS PAR LA SORTIE DU CORPS ÉTRANGER ; MOUVEMENS ET FORMES NATURELLES RÉTABLIS DANS LA JOINTURE A L'AIDE DE LA MÉCANIQUE.

Nicolas Guérin, vigneron, âgé de 23 ans, natif de Fronville près Joinville (Haute-Marne), d'un tempérament bilieux-sanguin, d'une bonne constitution, n'ayant jamais éprouvé aucune affection maladive, traversant une haie, dans le courant du mois de juillet 1827, pour abréger son chemin, se sentit fortement piqué à la partie antérieure et un peu externe du genou droit. Une grosse épine avait pénétré à cet endroit ; il voulut l'arracher : mais malheureusement elle se rompit sous la peau. Cependant l'ablation de la partie la plus extérieure du corps étranger amena un soulagement momen-

tané qui permit à Guérin de retourner chez lui sans peine ni douleur.

Peu de tems après son arrivée à son domicile, tous les accidens d'une inflammation articulaire se développent avec force, et un médecin du voisinage, appelé pour donner ses soins au malade, déclare que l'épine ne peut-être cause des accidens ; qu'il n'en est resté rien, ou qu'une très faible parcelle; que l'inflammation tient à une cause interne, et qu'on doit la combattre par des applications de sangsues, de cataplasmes émolliens, par des bains et une diète sévère.

Cependant les progrès du mal n'en continuaient pas moins. Bientôt un dépôt se forma, et laissa échapper, quand on vint à l'ouvrir, une grande quantité de matière sanieuse et purulente. Au milieu des douleurs très vives auxquelles Guérin était en proie et que l'ouverture du dépôt n'avait soulagées que momentanément, il en distinguait une qui était fixe, pungitive, et qu'il rapportait toujours à la place où il avait été piqué.

Au bout de six mois, l'articulation était tuméfiée, œdémateuse, de plus en plus douloureuse et incapable du moindre mouvement : le pied et la jambe s'atrophièrent d'une manière manifeste, et un point fistuleux s'était conservé à l'endroit où on avait ouvert le dépôt, c'est-à-dire, au-dessous

et en dehors de la rotule. D'autres médecins consultés à cette époque déclarèrent qu'il s'agissait ici d'une tumeur blanche, maladie bien connue, mais trop rarement susceptible de guérison ; que dans le cas présent on ne pouvait plus compter que sur l'application du moxa; que si ce moyen échouait, il n'y avait plus d'espoir de salut que dans l'amputation.

Des moxas furent appliqués ainsi que des sangsues; on eut recours à des linimens de toute espèce, et, pendant sept mois que dura ce nouveau traitement, on ne gagna rien sur la maladie. Le point fistuleux subsista, laissant toujours écouler un pus sanieux, mais jamais noirâtre : le gonflement, la sensibilité, l'immobilité de l'articulation ne firent qu'augmenter, enfin, on proposa au malheureux malade l'amputation, comme la dernière ressource à employer contre une carie qui avait, disait-on, altéré les os du genou, et ne pouvait manquer de le conduire au tombeau. Guérin ne voulut jamais consentir à l'amputation, et vint réclamer nos soins en août 1828, treize mois après son accident.

Ce jeune homme, doué d'une haute taille et de toutes les apparences de la force, malgré qu'il fût affaibli par de longues souffrances, plein de courage et d'énergie, nous promit de suivre aveuglément tous nos conseils, et de ne dévier en rien du traitement qui lui serait prescrit, pourvu

qu'il ne fut plus question d'amputation. Le genou, fléchi sous un angle de 45 degrés à peu près, très gonflé, dur et douloureux, ne pouvait exécuter que des mouvemens à peine sensibles. Dans ces mouvemens, et par la pression, ou bien même sans qu'aucune de ces circonstances existât, la partie externe et inférieure de la rotule était le siége d'une douleur semblable à celle qu'occasionnerait un corps aigu enfoncé dans les parties molles. Il existait autour de l'articulation deux points fistuleux, l'un à sa partie interne, postérieure et inférieure, produit par la plaie d'un moxa non guéri; l'autre au côté opposé, déterminé par l'ouverture du dépôt, et fournissant une suppuration plus abondante qui semblait partir du point douloureux. Deux autres cicatrices provenant des moxas étaient aussi visibles, l'une en devant et en bas, l'autre en haut, en avant et en dehors du genou.

L'examen que je venais de faire de l'état du malade jeta beaucoup d'incertitude dans mon esprit. Je ne pouvais croire à l'existence d'une tumeur blanche; mais, d'un autre côté, je ne savais à quoi rapporter la douleur fixe et pungitive dont il a été question, l'existence des points fistuleux et l'interminable suppuration qui en sortait. Dans cet état de choses, j'eus l'idée de commencer par rendre au genou sa forme et ses mouvemens, au

moyen de la mécanique, et, dans cette intention, on appliqua l'appareil employé par moi contre les fausses ankyloses du genou (voir les planches) et on y joignit l'usage des douches de vapeurs aqueuses. Les points fistuleux furent pansés soigneusement.

Deux mois de l'emploi de ces moyens suffirent pour rendre un peu de mobilité à l'articulation, et, chose remarquable, le gonflement diminua d'une manière sensible, bien que la suppuration fut plus abondante. Quelque temps après, la douleur fixe du genou devint de moins en moins marquée, puis elle cessa complètement au bout du sixième mois, ce qui encouragea beaucoup le malade à persévérer dans ce traitement, bien que les effets salutaires qui en résultaient se manifestassent d'une manière si lente.

Peu de temps après que la douleur fixe eût cessé, il en survint une autre située plus bas, se portant en dehors et en arrière dans la direction du point fistuleux : on n'en continua pas moins les mêmes moyens, savoir : l'usage des bains de vapeurs, des cataplasmes et l'application de la mécanique. Cependant la douleur nouvelle continuait à se porter en dehors et même en arrière, en descendant vers le milieu de la partie postérieure de la jambe. Arrivée à ce point, elle ne tarda pas à être accompagnée d'une tension considérable

des parties molles, de rougeur à la peau et de tous les signes qui dénotent la formation d'un foyer purulent ; la fluctuation s'y établit, et, comme il n'était guère possible de faire remonter la suppuration par le point fistuleux qui se trouvait plus en avant et beaucoup plus haut, nous nous décidâmes à faire à la partie la plus déclive de l'abcès une incision qui donna issue à un pus analogue par sa nature à celui du point fistuleux supérieur. Un nouveau foyer s'étant manifesté en dehors de notre incision, il fallut en pratiquer une seconde dans laquelle on passa un séton qui sortait par la première. Quel fut notre étonnement, lorsqu'au premier pansement la mèche du séton entraîna avec elle une épine longue de treize lignes, brisée à moitié vers son milieu, mais nullement altérée dans sa substance.

La cause de la maladie nous était désormais connue, après une erreur de plusieurs mois que bien d'autres avaient partagée avec nous : cette cause enlevée, la guérison devait être prompte et s'opérer par les seules ressources de la nature. Aussi le séton fût-il ôté immédiatement, ce qui n'empêcha pas les plaies de se guérir ainsi que le point fistuleux supérieur. Quant aux mouvemens du genou, comme il s'en fallait de beaucoup qu'ils fûssent rétablis, on continua le traitement mécanique jusqu'en septembre 1829, époque à laquelle

notre jeune homme, modèle de courage et de persévérance, sortit de l'établissement complètement guéri et l'articulation tibio-fémorale parfaitement libre. Nous l'avons vu plusieurs fois depuis sa sortie, et une route de cinq lieues qu'il faisait pour venir nous visiter ne le fatiguait nullement. Un an après il est parti pour Calcutta.

Cette cure, dont nous ne sommes nullement disposé à tirer vanité, comme on n'aura pas de peine à le croire, nous a paru donner matière à des réflexions qui sont toutes en faveur des moyens orthopédiques, sinon des médecins consultés dans le cours de la maladie. Un corps étranger dont la présence, par une bizarrerie inconcevable et qui cependant n'est pas sans exemple, n'est soupçonnée par personne, quand tout le monde devait en avoir l'idée, une épine, disons-nous, pénètre dans le genou, s'y brise, y séjourne et détermine tous les symptômes d'une tumeur blanche. La gravité du cas fait penser à l'amputation.... mais pour l'honneur de la science ou plutôt des médecins qui la proposaient et pour le bonheur du malade, il s'y refuse opiniâtrement.

Nous le déclarons franchement, quand Guérin vînt nous trouver, nous ne crûmes point à l'existence d'une carie articulaire. L'état général assez bon, malgré la faiblesse, la nature de la suppuration, un je ne sais quoi, dont nous ne pouvons

rendre compte, nous disaient le contraire. Cependant nous ne savions comment asseoir notre diagnostic, et l'inutilité de tous les moyens employés jusqu'alors nous semblait fort peu rassurante pour l'avenir. C'est alors que nous prîmes le parti de faire la médecine du seul symptôme dont on ne s'était point occupé, de chercher à redresser le genou et à lui rendre la mobilité qu'il avait perdue. D'abord cela nous faisait gagner du temps, et, dans l'intervalle, il pouvait se manifester quelque symptôme qui répandrait du jour sur un cas aussi obscur. Ensuite nous avions un espoir vague que peut-être les secousses imprimées doucement à l'articulation, et surtout son retour à l'état naturel, pourraient y rétablir la libre circulation des fluides, et, par suite, déterminer la résolution des symptômes inflammatoires. Du reste, l'état d'incertitude dans lequel nous nous trouvions, ne nous faisait avancer qu'avec beaucoup de défiance et de circonspection, toujours prêt à nous arrêter au moindre inconvénient produit par nos moyens.

Sous l'influence de ces mêmes moyens, ou du moins pendant leur action, le corps étranger long-tems fixé et arrêté à la même place, s'est détaché et a voyagé dans le tissu cellulaire jusqu'au moment où il s'est fait jour en provoquant une accumulation de pus destiné par la nature à faciliter son issue. Admettons, ce qui pourrait

cependant se soutenir, que la secousse imprimée aux parties articulaires par les appareils ne soit point la cause en vertu de laquelle l'épine s'est détachée et mise en marche pour sortir à l'aide des phénomènes que la nature fait développer en pareil cas ; au moins, ne pourra-t-on pas s'empêcher de reconnaître que la mécanique a rempli sa mission d'une manière complète et sans accidens pendant l'existence de symptômes inflammatoires qui semblaient en contre indiquer l'emploi ; que la douleur et le gonflement, loin d'augmenter, ont sensiblement diminué ; qu'en même temps la raideur du genou et sa courbure étaient devenues bien moins considérables.

Un fait de cette nature nous confirme dans l'opinion où nous étions déjà que l'emploi de moyens mécaniques doux et bien dirigés est toujours exempt des dangers qu'on leur attribue généralement, et qu'avec des précautions et une surveillance attentive on peut faire marcher de front le traitement chirurgical et le traitement orthopédique dans beaucoup de circonstances où l'on redoute l'emploi de ce dernier.

TROISIÈME OBSERVATION.

PLAIE PÉNÉTRANTE
DE L'ARTICULATION DU GENOU DROIT,

SUIVIE

D'ANKYLOSE INCOMPLÈTE ET DE FLEXION DE CETTE JOINTURE;

REDRESSEMENT PRESQUE COMPLET

OBTENU PAR UN TRAITEMENT DE CINQ MOIS.

François Presson, de Refroid, arrondissement de Commercy, département de la Meuse, manouvrier, âgé de 23 ans, étant occupé à aiguiser des échalas, la serpe dont il se servait glissa et lui fit, à la partie externe de la rotule du côté droit, une plaie d'environ un pouce de long, mais qui ne semblait pas pénétrer dans la jointure. Le malade nous rapporte qu'au fond de l'incision on voyait *un bouillon qui était gonflé.* Je cite avec intention ses propres expressions dont le sens précis

n'est pas plus clair pour nous qu'il ne doit l'être pour tout autre. Etait-ce la capsule articulaire qui formait cette saillie, ou tout simplement un flocon graisseux ? C'est ce qu'il est impossible de décider sur des renseignemens aussi vagues.

Quoiqu'il en soit, la plaie fut pansée d'abord par la femme du blessé avec de l'eau salée, mais comme elle ne se réunissait point, et que l'on voyait toujours au fond ce corps qui semblait une poche remplie d'eau, on envoya chercher un chirurgien qui fit la réunion, pansa à sec et prescrivit le repos.

Ces recommandations furent exécutées pendant quelques jours, mais l'ennui s'empara de Presson ; il voulut marcher, et, dans une chute qu'il fit sur la partie malade, la plaie qui n'était point encore cicatrisée se rouvrit, la capsule se déchira et laissa échapper une grande quantité d'une humeur grasse et filante qui ne pouvait guères être que de la synovie. Cet accident fut le signal de tous ceux qui accompagnent les plaies pénétrantes des articulations. L'insomnie, l'inappétence, la fièvre, des douleurs au moindre mouvement de la jointure, tels sont les symptômes auxquels fut en proie pendant longtemps notre blessé qui ne pouvait quitter le lit un seul instant. Cependant, après le quatrième mois, l'écoulement de la synovie alla

toujours en diminuant, ainsi que la suppuration, et la plaie finit par se cicatriser, mais avec rétraction de la jambe sur la cuisse, et fausse ankylose de l'articulation qui présentait à peu près un angle droit. Plusieurs médecins ayant déclaré la maladie incurable, Presson vint à Morley en mai 1831, huit mois après son accident, pour réclamer les secours de l'orthopédie.

Le genou était peu tuméfié et indolent, à moins qu'on ne voulût pousser trop loin les tentatives d'extension : il y restait une mobilité à peine sensible, et l'on voyait, à sa partie externe, la cicatrice de la plaie cause de tant de mal. Du reste, le malade était sain et bien portant, quoi qu'un peu affaibli par les souffrances et la crainte de rester estropié pour le reste de ses jours.

Un appareil pour l'ankylose du genou, approprié à la difformité que nous avions à traiter, fut immédiatement appliqué ; il y en avait un pour le jour et l'autre pour la nuit. Au bout d'un mois de traitement, on commença à sentir un mouvement fort distinct et plus étendu dans la jointure ; peu de temps après il y avait un redressement de plus de vingt degrés ; enfin, au bout de cinq mois, nous avions gagné 70 degrés, tant à l'aide des moyens mécaniques que par l'action des douches de vapeurs dirigées autour du genou. Satisfait de cette amélioration, Presson auquel il tardait de rejoindre

sa femme et ses enfans, quitta Morley le premier octobre 1831, à notre grand regret, car il n'était pas douteux pour nous qu'un séjour dans l'établissement de deux ou trois mois encore, n'eût donné tous les résultats qu'on pouvait désirer.



QUATRIÈME OBSERVATION.

EXTENSION FORCÉE DU PIED,

PAR RACCOURCISSEMENT DES MUSCLES DU MOLLET,

DATANT DE DOUZE ANS,

GUÉRIE COMPLÈTEMENT

PAR UN TRAITEMENT DE TREIZE MOIS.

J. François Barthelemy, âgé de 17 ans, d'Etain, département de la Meuse, fit à l'âge de cinq ans, une chute qui détermina une vive douleur à la partie moyenne et postérieure de la jambe gauche, et, par suite, un dépôt considérable de cette région. Quand il fut question de l'ouvrir, le chirurgien chargé de la maladie fit une incision profonde et transversale, de telle sorte que les fibres des muscles du mollet se trouvèrent divisées en travers. La faute n'était pas faite qu'il la reconnut à l'écartement considérable des lèvres de la plaie, et voulut, mais en vain, y remédier par l'application d'un bandage unissant ; une suppuration abondante s'établit dans cette plaie dont les lèvres ne

pouvaient être affrontées exactement ; elle dura très long-temps, et la plaie se rouvrit, un mois après la première cicatrisation, pour ne se refermer qu'au bout de quarante jours de suppuration fort abondante. Quand la cicatrisation fut complète, la marche se trouva accompagnée d'une claudication marquée ; pendant quelques années, ce dernier phénomène demeura à peu près stationnaire, parce que le développement du jeune malade était comme arrêté ; mais sa croissance étant devenue assez rapide vers l'âge de douze ans, la claudication augmenta considérablement et il se fit une extension très forte du pied sur la jambe, le développement des muscles n'ayant pas suivi celui du tibia et du péroné avec lesquels il avait contracté des adhérences. Plusieurs médecins furent consultés, et généralement ils ne donnèrent aucun espoir de guérison : les prescriptions de ceux qui étaient plus consolants furent mises à exécution, mais elles n'améliorèrent nullement l'état du jeune Barthelemy. Loin de là les accidens allèrent croissant, la douleur résultant de la marche s'étendit à tout le membre, la flexion du tronc pendant la progression devint très forte, et rien ne pouvait faire espérer une amélioration à cet état de choses qui durait depuis six mois, quand les parens du jeune malade se décidèrent à le placer dans notre établissement où

il arriva le 3 juillet 1828, dans l'état suivant :

Rétraction du pied en arrière ; talon éloigné du sol de cinq pouces; pied tout à fait déformé. La partie supérieure articulaire de l'astragale était devenue antérieure, et cet os n'était plus en contact avec le tibia que par la portion la plus postérieure de la poulie cartilagineuse. Il résultait de cette disposition que la marche ne pouvait avoir lieu qu'avec peine et douleur sur l'extrémité des orteils, et que le poids du corps ne reposant plus sur la partie convexe du pied, la luxation complète du tibia devait s'en suivre au bout de peu de temps, si on n'y portait remède, cet os n'ayant plus d'autre appui que des parties ligamenteuses. La jambe était très amaigrie ; on voyait, au mollet, la cicatrice de la plaie qui avait amené la difformité, et des bourrelets très saillans se remarquaient au dessus et au dessous de cette cicatrice.

Le cas était pressant ; la position des os de la jambe relativement au pied pouvait faire redouter une luxation d'un instant à l'autre si le malade continuait à marcher, et la chose était d'autant plus à craindre, que le système musculaire était développé chez lui d'une manière vraiment extraordinaire.

Il nous sembla donc qu'il fallait arrêter de suite les progrès du mal, et plus tard arriver à la gué-

rison à l'aide de moyens lents et gradués et qui agissent sans faire souffrir le malade : le traitement mécanique devait être secondé par l'usage du massage et des bains de vapeurs locaux : du reste, le nombre d'années depuis lequel l'affection subsistait, ne permettait guères de penser qu'elle dût guérir en peu de temps.

Des appareils destinés à fonctionner pendant le jour ou la nuit, et modifiés selon que le malade était levé ou couché ou qu'il marchait, (voir la description de ces appareils et leurs planches) furent appliqués avec les précautions convenables, et leur action fut secondée, comme nous l'avons dit, par l'usage de tous les moyens accessoires et par celui des béquilles. Sous l'influence de ces agens, le talon ne tarda pas à s'abaisser et les orteils à se relever dans la même proportion : la plante du pied se rapprocha de plus en plus de la position horizontale, et quand le talon ne se trouva plus qu'à huit ou dix lignes du sol, les béquilles furent supprimées pour donner plus de force à l'appareil ambulant. Ensuite cet appareil fut enlevé, et la progression prescrite à petits pas ; enfin nous ajoutâmes au poids du corps celui d'un fardeau placé sur l'épaule du côté malade.

L'usage de ces moyens simples, continué avec persévérance pendant treize mois, nous suffit pour

obtenir une guérison complète et radicale, et depuis que Barthelemy a quitté l'établissement, nous avons reçu de lui plusieurs lettres où il nous annonce que la jambe autrefois malade a repris toute la force que l'on peut désirer.

CINQUIÈME OBSERVATION.

DOUBLE PIED-BOT CONGÉNITAL,

CHEZ UN ENFANT DE DEUX MOIS,

GUÉRI RADICALEMENT

AU BOUT DE SIX MOIS DE TRAITEMENT.

Le fils de M. J. d'Andelot, département de la Haute-Marne, âgé de deux mois, me fut amené par sa mère, dans le courant du mois de mai 1824, pour un renversement en dedans des deux pieds, difformité qu'il avait apportée en naissant. En examinant la chose avec attention, je reconnus qu'il était très facile de rétablir la position naturelle des parties avec l'aide de la main seulement. Si l'enfant était calme et immobile, les pieds restaient quelques instans dans leur position naturelle; mais pour peu qu'il s'agitât par impatience ou par douleur, on sentait les muscles de la jambe, qui était fort maigre, se contracter et se durcir, les tendons vibrer et se tendre, et le renversement se

produisait. Cette circonstance me sembla aussi curieuse à observer qu'essentielle à rapporter, pour prouver toute l'influence de l'action musculaire dans la production du pied-bot.

L'extrême jeunesse du sujet me parut une circonstance favorable au succès du traitement, et loin de différer pour cette cause, comme on l'a fait quelquefois, je me hâtai d'appliquer un appareil de mon invention que je préférai à tous ceux qui sont décrits dans divers ouvrages, mais d'une manière trop inexacte pour que l'on puisse s'en servir. J'avouerai, en outre, que n'ayant pas jusqu'alors accordé une attention bien marquée à ce genre de difformité, je n'avais pas fait une étude approfondie des moyens qu'on lui a opposés

L'appareil dont je fis usage consistait en deux châssis de fer-blanc (voir la description et les planches des appareils), fenêtrés en tous sens, et assez larges pour recevoir les jambes garnies des coussins destinés à prévenir les excoriations et autres inconvéniens de la compression. Plusieurs tours de bandes me servirent ensuite à fixer les pieds dans une position convenable ; leurs chefs traversaient les fenêtres des châssis et venaient s'y attacher : l'opération terminée pour chaque pied, je réunissais les deux châssis, et l'enfant était emmaillotté et tenu aussi chaudement qu'on pouvait le désirer. Rien n'était plus facile que de visiter l'appareil

plusieurs fois dans la journée et de réappliquer les bandes, s'il y avait quelque chose à changer ou si le pied s'était dérangé.

La mère de l'enfant, femme pleine d'intelligence et d'adresse, fut bientôt capable d'exécuter cet espèce de traitement aussi bien que moi : quand je me fus assuré qu'on pouvait s'en rapporter entièrement à elle, je lui permis de partir avec son enfant, en lui recommandant de nous le ramener si quelque circonstance imprévue paraissait l'exiger. Elle ne vint qu'une seule fois, par mesure de simple prudence, car tout avait marché à souhait ; les pieds ne se dérangeaient plus, et au bout de dix mois de traitement on n'aurait pû croire qu'ils eûssent jamais été difformes. Dans la crainte d'une récidive, l'appareil ne fut complètement enlevé qu'après quatorze mois.

J'ai vu cet enfant à l'âge de quatre ans ; il était bien portant, vigoureux, et avait les deux pieds parfaitement bien conformés.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES

DU

TOME SECOND.

SUITE DES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

FIN DE LA TABLE DU SECOND VOLUME.

ERRATA.

pages.	lignes.	
6.	1.	ce fût, *lisez*. ce fut.
8.	19.	de même du lit : *lisez* : de même dans le lit :
9.	7.	qu'elle éprouva, *lisez* : qu'éprouva la malade
15.	17.	plus prolongé jusqu'à, *lisez* : plus prolongé, jusqu'à
20.	5.	fût, *lisez* : fut. (1).
21.	12.	eut, *lisez* : eût
51.	11.	brulait, *lisez* : brûlait
60.	2.	l'observons presque constamment. Il y avait *lisez* : l'avons constamment observé. Il y avait
79.	22.	plus saillans huit, *lisez* : plus saillans, huit
83.	24.	agité, des plaintes, *lisez* : agité ; des plaintes,
84.	17.	guérison : une des, *lisez* : guérison, une des
100.	14.	arriver, *lisez* : arriver
101.	23.	plus tard *lisez* : plus tard,
119.	27.	l'avenir, *lisez* : l'avenir.
167.	16.	général. *lisez* : générale.
174.	26.	maintient, *lisez* : maintien
183.	8.	empoissonner, *lisez* : empoisonner
217.	9.	L. S*** *lisez* : L. F***
ibid.	17.	S*** *lisez* : F***
218.	17.	S*** *lisez* : F***

(1) Nous ne reviendrons plus sur les fautes de ce genre qui se trouvent répétées dans ce volume.

220.	5.	S*** *lisez* : F***
231.	11.	recueillies et ces notes, *lisez :* recueillies, et ces notes
235.	18.	les hydrocéphales, l'os bi, *lisez* : les hydrocéphales,
236.	1.	cipitis, les exostoses, *lisez* : les exostoses
243.	12.	au moyens, *lisez* : au moyen
271.	20.	genou gauche, *lisez* : genou gauches,
273.	24.	s'en suivre, *lisez* : s'ensuivre
283.	11.	de le mouvoir, *lisez* : de se mouvoir
287.	14.	Tel était, *lisez* : Telle était
ibid.	17.	prolonger ; il, *lisez* : prolonger, il
289.	5.	d'une toute autre, *lisez* : d'une tout autre
312.	*A la note.*	Recueillie par Lhériter, *lisez* : Recueillie par Lhéritier
315.	1.	n'acquerrait, *lisez* : n'acquérait.
323.	4.	difformités, et les plus, *lisez* : difformités, les plus
326.	11.	fémurs sout, *lisez* : fémurs sont
327.	8.	iuutile, *lisez* : inutile
328.	25.	est comprise, *lisez* : est compromise
338.	23.	qui ne sont les plus, *lisez* : qui ne sont pas les plus
344.	9.	qu'il continu, *lisez* : qu'il continue
349.	5.	abcessum, *lizez* : abcessuum
ibid.	15.	Smellée, *lisez* : Smellie
ibid.	25.	Nosologià, *lisez* : Nosologia
353.	18.	pied-hot, *lisez* : pied-bot
354.	5.	tibio-astragolienne, *lisez* : tibio astragalienne.
357.	15.	et selon d'autres, *lisez* : et, selon d'autres,
358.	18.	dégré, *lisez* : degré
359.	25.	d'achille, *lisez* : d'Achille
360.	14.	arormales, *lisez* : anormales
ibid.	27.	prédominens, *lisez* : prédominants
364.	10.	mouvoir, *lisez* : mouvoir
365.	25.	bien portant vigoureux, *lisez* : bien portant, vigoureux

375.	18.	de vérifier, *lisez*: de nous confirmer dans
377.	7.	réussir, d'autant mieux, *lisez:* réussir d'autant mieux
ibid.	10.	d'ossiffication, *lisez:* d'ossification
379.	19.	vertébrale, c'est qu'aucun, *lisez :* vertébrale, qu'aucun
418.	4.	avoir déterminé la maladie, *lisez* : avoir été déterminé par la maladie
423.	24.	Lausane, *lisez :* Lausanne
439.	10.	préservateurs, *lisez* : préservatifs

FIN DE L'ERRATA.